

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na ESF Jardim América, Vacaria/RS**

**Damayanaiby Torres Negret**

**Pelotas, 2015**

**Damayanaiby Torres Negret**

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na ESF Jardim América, Vacaria/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Ana Paula Soares

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

N385m Negret, Damayanaiby Torres

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Jardim América, Vacaria/Rs. / Damayanaiby Torres Negret; Ana Paula Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

98 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Soares, Ana Paula, orient.  
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho em especial a meus pais, esposo e sobrinho pelo apoio incondicional em minha formação como médica me acompanhando nas quedas e vitórias que alcancei diariamente.

## **Agradecimentos**

À minha família por sua constante preocupação e apoio.

À ESF Jardim América por seu incentivo e dedicação na implementação do projeto.

À minha orientadora por sua dedicação e apoio no trabalho.

Aos meus colegas pelas orientações e troca de experiências.

Aos moradores dos bairros Jardim América e Gloria por sua participação ativa no desenvolvimento do projeto.

Em especial a meu País, Cuba, por me abrir as portas a possibilidade de fazer uma especialidade de Saúde da Família no Brasil enfrentando as barreiras do idioma. E a todos, os que de alguma maneira, apoiaram no trabalho.

## Resumo

NEGRET, Damayanaiby Torres. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Jardim América, Vacaria/RS**. 2015.98f.Trabalho de conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Equipe de Saúde da Família Jardim América, Vacaria/RS no período de 12 semanas compreendidas nos meses de Abril/2015 e Junho /2015 desenvolveu um projeto de intervenção com o objetivo geral da Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da área de abrangência. A intervenção teve ações contempladas em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados para monitoramento e avaliação foram coletados com ajuda da Planilha de Coleta de Dados e Ficha-Espelho elaboradas pela Universidade Federal de Pelotas. Como não tínhamos dados para o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas tivemos dificuldade para fazer a análise situacional frente a esta ação programática e nisto adotamos para avaliação dos indicadores de cobertura as estimativas da Planilha de Coleta de Dados que eram de 608 hipertensos e 150 diabéticos. Ainda assim adotamos como meta de cobertura cadastrar 50% dos hipertensos e 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Durante o período da Intervenção cadastramos e acompanhamos no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS 329 (54,1% ) usuários hipertensos e 97 (64,6%) dos diabéticos previstos para a área. Os 329(100%) hipertensos cadastrados e os 97 (100%) diabéticos cadastrados estão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Para todos os hipertensos e diabéticos cadastrados alcançamos as metas dos indicadores de qualidade. Mediante este projeto a comunidade ganhou um atendimento organizado e sistematizado de acordo com o protocolo adotado. Nas ações de promoção à saúde não nos descuidamos das orientações e atividades de educação em saúde para a comunidade. A equipe conseguiu um maior vínculo com a comunidade e estas ações e metas priorizadas durante a intervenção estão no cotidiano de trabalho da equipe.

**Palavras chaves:** atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial; diabetes mellitus, doença crônica.

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia de aferição de pressão arterial no exame clínico ao usuário hipertenso por membros da equipe.	59
Figura 2	Fotografia de Cadastramento a Usuária Hipertensa e Diabética.	60
Figura 3	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Jardim América, Vacaria/RS.2015	66
Figura 4	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Jardim América, Vacaria/RS.2015	67
Figura 5	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia na ESF Jardim América, Vacaria/RS.2015	69
Figura 6	Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia na ESF Jardim América, Vacaria/RS.2015	70
Figura 7	Fotografia da Reunião com a equipe de Saúde realizada na sala das reuniões da ESF Jardim América.	90
Figura 8	Fotografia de realização de Prova de Hemoglicoteste no exame clínico a usuário Diabético pelo membro da equipe.	91
Figura 9	Fotografia de Palestra aos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos com Psicóloga	92
Figura 10	Fotografia de Palestra com usuários Hipertensos e Diabéticos com componentes da Coordenação da Assistência Farmacêutica municipal	93

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de apoio a Saúde da família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIM	Programa Infância Melhor
SAE	Sistema Atenção Especializada
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento



## Sumário

1	Análise Situacional .....	11
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2	Relatório da Análise Situacional .....	14
2	Análise Estratégica.....	30
2.1	Justificativa.....	30
2.2	Objetivos e metas .....	32
2.2.1	Objetivo geral .....	32
2.2.2	Objetivos específicos e metas .....	32
2.3	Metodologia.....	34
2.3.1	Detalhamento das ações.....	34
2.3.2	Indicadores .....	45
2.3.3	Logística .....	51
2.3.4	Cronograma.....	57
3	Relatório da Intervenção.....	58
3.1	Ações previstas e desenvolvidas.....	58
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas .....	63
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	64
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	64
4	Avaliação da intervenção .....	65
4.1	Resultados .....	65
4.1	Discussão.....	79
5	Relatório da intervenção para gestores.....	81
6	Relatório da Intervenção para a comunidade.....	84
	Apêndices.....	89
	Apêndice A– Registros de imagens da intervenção.....	90
	Anexo A – Ficha espelho frente e Verso.....	95
	Anexo B – Planilha de coleta de dados .....	96
	Anexo C - Documento do comitê de ética.....	97
	Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias ...	98

## **Apresentação**

O presente trabalho apresenta o relatório de trabalho de conclusão do curso da Especialização em Saúde da família, na modalidade à distância proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), com o desenvolvimento de um projeto de intervenção com o objetivo geral de melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Jardim América, Vacaria/RS.

O curso fora desenvolvido em cinco unidades de estudo e o Trabalho de Conclusão de Curso ora apresentado fora construído ao longo de todo curso, simultânea e articuladamente às unidades de estudo e é o produto final de todo este processo.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independentes entre si, mais sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a Análise Situacional desenvolvida na Unidade 1 do curso com o reflexo da situação de saúde da atenção primaria e estratégia de saúde da família no município e das principais dificuldades que apresentam nesse serviço, e a relação entre eles.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso, que oferece os principais aspectos que se implantaram para as ações propostas.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção que descreve a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

A quinta e sexta seções são o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade. Na sétima seção realizou-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por último, será apresentada a bibliografia utilizada e os anexos e apêndices que foram utilizados durante a intervenção.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

A Unidade Básica de Saúde Jardim América foi inaugurada o 15/05/2010, encontrando-se localizada em o Bairro Jardim América, com uma população delimitada aproximadamente de 3.619 pessoas em 1.182 famílias distribuídas em oito micro áreas pertencem aos bairros Altos da Gloria e Jardim América propriamente dito, que apresenta as instituições seguintes:

1. Uma escola.
2. Uma casa do asilo.
3. Uma casa da Mulher.
4. Um Supermercado.
5. Uma Farmácia.
6. Uma Academia.
7. Postos de combustíveis.

A equipe é composta por uma médica de família que trabalha 40 horas, uma enfermagem, duas técnicas de enfermagem, uma dentista que trabalha 20 horas, um auxiliar de saúde bucal, um ginecologista que trabalha 4 horas, um pediatra que trabalha 12 horas na semana, ainda não temos agentes comunitários se encontram em processo seletivo, uma higienizadora e uma recepcionista com funções especificam.

A unidade conta com: 5 consultórios (medico, de enfermagem, odontológico, ginecológico e pediátrico), sala de vacina, sala de curativos, sala de reuniões, sala de espera, sala de pequenos procedimentos cirúrgicos, sala de triagem, farmácia, banheiros públicos, sala de esterilização, vestuário para funcionários, recepção.

Em quanto a processo de trabalho começamos faz dois meses com novo processo do trabalho com acolhimento a demanda espontânea partindo da escuta

de cada usuário, identificação de riscos e necessidades do atendimento garante um atendimento adequado em todos os problemas que tem o usuário e alcançando um maior vínculo de equipe com a comunidade, não tem dias específicos para grupos prioritários, fazemos avaliação dos usuários com doenças crônicas, temos um dia específico na semana para visitas domiciliares aos usuários que necessitam como um dia na semana reunião de equipe onde fazemos discussão de casos e planejamento de ações de promoção e prevenção de saúde na comunidade a grupos prioritários já sejam hipertensos, diabéticos, idosos, obesos, em dependência dos problemas identificados além de uma tarde ao mês fazemos visita a casa do asilo onde fazemos avaliação integral da situação de saúde de cada usuário que mora ali.

Em nossa unidade começamos a fazer procedimentos cirúrgicos do menor complexidade como lavagem auricular e retirada de cerume, remoção de corpos estranhos, drenagem de abscesso, tratamento de feridas superficiais e de unha encravada para evitar que o usuário tenha um agendamento prolongado aguardando pra fazer os procedimentos, mesmo assim fazemos teste de HIV, Hepatites y Sífilis dentro das ações para diagnóstico e tratamento preços destas doenças.

Em relação à Rede Cegonha até agora temos 17 gestantes e 32 crianças menores de um ano, as quais são captadas pelo Clínico Geral onde se faz na primeira consulta a determinação do risco obstétrico, aquelas grávidas que são classificadas de alto risco são encaminhadas para atendimento com Ginecologista e as de baixo risco continuam atendimento com clínico geral até 28 semanas que são encaminhadas para terminar gestação com ginecologista.

Em o caso de pediatria fazemos acolhimento a toda criança na primeira consulta após do nascimento em conjunto com enfermagem onde fazemos teste do pezinho e posteriormente continua atendimento com Pediatra até dois anos, todas as crianças que são maiores de 2 anos o atendimento e com clínico geral. As crianças que tem alguma doença crônica e/ou a são classificadas do alto risco o atendimento médico e direito com Pediatra.

Principais problemas identificados por ESF:

1. Alta incidência de doenças crônicas especificamente HTA, Diabetes Mellitus, Endócrinas metabólicas e Cardiovasculares, Depressivo-Ansiosa, que explica a

poça educação em saúde que tem a população assim como desconhecimento que tem dos fatores do risco destas doenças.

2. Alto índice de consumo de medicamentos depressivos e ansiolíticos como única alternativa para o tratamento do usuário com doenças mentais.
3. Uso de quantidade de medicamentos para uma doença que tem um protocolo específica que conviva a uso indiscriminado dos medicamentos.
4. Não existe um controle de avaliação do comportamento por parte do ESF dos programas do rastreamento como câncer do colo do útero, mama, próstata, colo e reto o que não se utiliza como uma ferramenta para a prevenção e diagnostico preços destas doenças.

A população atendida na ESF tem acesso a serviços de média e alta complexidade a partir do atendimento da atenção primaria, quando o manejo na APS se torna inviável devemos referenciar para o especialista conduzir o tratamento e as intervenções. A assistência de média complexidade e realizada em sua maioria no município Vacaria. Com relação aos serviços de alta complexidade são geralmente desenvolvidos nos municípios Caxias do sul e Porto Alegre. Conta com grupos de apoio matricial que complementam o atendimento médico que são.

1. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
2. Sistema Atenção Especializada (SAE);
3. Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF);
4. Unidade de Pronto Atendimento (UPA.);
5. Vigilância Epidemiológica;
6. Hospital;
7. Programa Infância Menor (PIM);
8. Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU);
9. Centro de Referência de Assistência Social (CRACS).

Em nossa área contamos com o conselho local de saúde que apóia o planejamento das ações de promoção e prevenção na comunidade. As ruas nos

bairros da área adscrita a ESF são limpas, a maioria das casas tem jardim e são pintadas com cores alegres.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Vacaria situa-se na região nordeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, localiza-se à latitude de 28° 30' 44" Sul e à longitude de 50° 56' 02" oeste, estando a uma altitude de 971m, área de 2.123,674 /km<sup>2</sup>, densidade da população de 28,89 hab./km<sup>2</sup>. Limita-se com os municípios Campo Belo do Sul (SC), Lages (SC), Caxias do Sul, Monte Alegre Dos Campos, Bom Jesus, Campestre da Serra, Esmeralda e Muitos Capões. (Divisão Territorial do Brasil e Limites territoriais/2008). Tem um total de 61.345 habitantes. (Censo IBGE/2010).

O clima do município é subtropical (ou temperado), de verões amenos, com temperatura máxima média 25°C e mínima média 15°C. Sua economia baseia-se na pecuária, agricultura, transporte rodoviário, floricultura e fruticultura. Vacaria se tornou nos últimos anos o maior produtor nacional de maçãs e ainda conta com a introdução de frutas silvestres como amora, mirtilos, phisalys, morango e framboesa.

O Rodeio Crioulo Internacional de Vacaria é um evento esportivo e cultural que acontece na cidade de Vacaria, no estado do Rio Grande do Sul. É considerada a maior festa tradicionalista da América Latina.

O município tem disponibilidade para garantir o sistema de saúde a toda a população, com 8 Equipes de Saúde da Família ,5 UBS's tradicionais, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), um Centro Atenção Psicossocial (CAPS), um serviço Atenção Especializada (SAE), Vigilância Epidemiológica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Na cidade temos um Hospital que apesar de ser privado tem convênio com o SUS, e quando se precisa de algum encaminhamento é feito sem dificuldade. Nosso município conta em relação à disponibilidade de exames complementares, com laboratórios que tem convênios com o SUS, a maior dificuldade fica nos estudos contrastados e radiológicos que tem uma longa lista do espera e por isso existe demora no diagnóstico e tratamento oportuno. Temos um Centro de Atenção Especializada que prestam serviços com os seguintes especialistas: Cardiologista, Urologista, Nefrologista, Neurologista, Cirurgião Geral, as demais especialidades

são realizadas em Caxias do Sul e/ou Porto Alegre gerando muitas vezes uma longa lista de espera.

A Unidade Básica de Saúde Jardim América foi inaugurada em 15/05/2010, e é uma das UBS da área urbana que pertencem a prefeitura do município sob o modelo de atenção em ESF. Encontra-se no Bairro Jardim América, limite ao norte com o Bairro Altos da Glória, ao sul com bairro Boeira e Kennedy, a leste com o Bairro Seminário e a oeste com o Bairro Glória. A equipe é composta por um clínico geral, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e seis agentes comunitários que trabalham quarenta horas na semana e um Ginecologista que trabalha quatro horas, um Pediatra que trabalha doze horas e uma Odontologista que trabalha vinte horas. A UBS tem horário de atendimento todos os dias da semana em dois turnos. O serviço de odontologia só funciona no turno vespertino. Temos vínculo com uma Escola de Ensino Fundamental onde fazemos ações de promoção e prevenção de saúde para os adolescentes .

Começamos a fazer procedimentos cirúrgicos de menor complexidade para evitar que o usuário tenha uma espera de agendamento prolongado. Também realizamos teste rápido de HIV, Hepatites e Sífilis dentro das ações para diagnóstico e tratamento precoce destas doenças.

A estrutura física da nossa UBS tem 1 sala de espera para os usuários e acompanhantes com uma capacidade para 15 pessoas, 1 recepção, 1 sala de reuniões e educação em saúde que é usada por os agentes comunitários, 1 sala de vacinas, uma sala de armazenamento e distribuição de medicamentos/farmácia, 1 sala de aplicações de medicamentos , 1 sala de triagem; 5 banheiros, deles 2 para usuários e 2 para os funcionários; 1 consultório de enfermagem, 4 consultórios médicos (clínico, ginecológico pediátrico e odontológico); 2 salas de curativo, 1 para curativo limpo e 1 para curativo contaminado; 1 copa/cozinha, 1 sala de lavagem para descontaminação de materiais, 1 sala de esterilização de materiais, 1 vestuário, 1 almoxarifado e 1 lavanderia. Apesar de cumprir com a grande maioria dos requisitos para uma unidade básica de saúde, temos algumas dificuldades que afetam o desenvolvimento com qualidade de algumas ações como a ausência do escovário que impossibilita fazer ações de promoção e prevenção de saúde bucal, logo como estratégia elas são feitas na escola e em outros espaços da comunidade. Apenas o consultório de atendimento ginecológico tem banheiro interno, os demais

não o possuem e isso afeta no desenvolvimento de algumas consultas, quando há necessidade de alguns usuários se despirem, pois se sentem envergonhados.

Não há sala de coleta de material. Os lavatórios não possuem torneiras com fechamentos que dispense o uso das mãos e isso afeta as normas de higiene que devem existir na unidade para os médicos e para os outros profissionais e trabalhadores, mas a lavagem das mãos é feita com a técnica e procedimento correto para evitar a contaminação.

Em nossa unidade após mudar a equipe de saúde da família se transformaram alguns elementos do processo de trabalho, bem como as responsabilidades da equipe profissional. Todos os profissionais da equipe participam do processo de reorganização e mapeamento da área de atuação, identificando assim os grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos. Realizamos cuidados domiciliares, orientações (educação em saúde e cuidados de saúde), acompanhamento dos problemas de saúde existentes (revisão), aferição da pressão arterial, consulta médica, consulta de enfermagem, entrega de medicamentos, vacinação, busca ativa dos usuários faltosos, entre outros, além disso, todos fazem encaminhamentos respeitando os fluxos de referência e contra-referência e acompanhamentos nos casos de pós internação hospitalar. São realizadas reuniões semanais da equipe, onde todos os membros da equipe participam e debatem as questões relacionadas com o processo de trabalho da unidade mesmo como estratégias para sua solução.

Acreditamos que temos que potencializar ações multidisciplinares, realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, e em conjunto aumentar a mobilização e a participação da comunidade nas ações de promoção e prevenção de saúde. Neste mês realizamos muitas ações de educação em saúde com uma participação ativa da comunidade e na criação dos diferentes grupos do trabalho.

Em relação à população da área adstrita nossa unidade mudou de UBS para ESF fazem 5 meses, e os Agentes Comunitários começaram a trabalhar no cadastramento faz pouco mais de um mês e até o momento temos 1519 pessoas cadastradas o que representa 41.9% do total da população adstrita. Temos uma proposta de cadastrar cerca de 4000 pessoas aproximadamente. A população da área de abrangência encontra-se distribuída em seis micro-áreas que compreendem os bairros Jardim América, Glória e Altos da Glória. Em relação ao perfil demográfico temos mais predominante até agora pessoas acima dos 60 anos, o que representa



28% do total das pessoas que temos cadastradas e o sexo que mais predomina são as mulheres com 58%. Estes dados são relacionados ao cadastramento atual.

Neste momento temos diferentes estratégias para aumentar a cobertura, tais como cadastramento no horário da noite com 2 horas duas vezes por semana, divulgação na rádio sobre o processo do cadastramento na unidade mesmo assim aqueles que vão ao posto e precisam de atendimento procura-se fazer o cadastramento.

Em nossa unidade realizamos ação em demanda espontânea e todos os profissionais da Equipe fazem 'acolhimento' todos os dias e todos os turnos de atendimento utilizando o modelo de 'acolhimento' pela Equipe<sup>1</sup>. Não temos local específico para realizar o acolhimento. Geralmente é feito na recepção e em outros casos que precisem se faz na sala de enfermagem/procedimentos. Primeiramente se realiza a escuta, que dura aproximadamente cerca de 5 minutos em dependência da queixa do usuário, passamos a realizar a avaliação e classificação de vulnerabilidade biológica e social de risco e procede-se o encaminhamento. Há alguns dias estamos com uma crescente demanda de atendimentos médicos e nestes casos temos que dar orientação para retornar outro dia caso o usuário não tenha uma necessidade imediata de atenção e os casos com atendimento prioritário são realizados no mesmo dia e em casos que exigem outros serviços são encaminhados a pronto atendimento e pronto socorro. No caso do Clínico Geral só fazemos agendamentos àquelas gestantes de baixo risco para garantir seu acompanhamento, assim como também os idosos tem prioridade para agendamentos; os demais membros são atendidos, uma vez feito o acolhimento em dependência de suas necessidades para um total de vinte e quatro ao dia, o restante é atendido em caso de uma urgência/emergência. A profissional de Odontologia faz o atendimento de oito pessoas previamente agendadas por turno (somente a tarde) e realiza atendimentos de urgência/emergência. Nos casos de necessidade de atendimento de emergência que chegar á UBS no turno matutino são encaminhados pra o serviço de Odontologia de referência do município. O ginecologista tem agendamento de doze pessoas por semana e o pediatra faz atendimento agendado previamente a doze pessoas por dia de trabalho. Esta nova

---

<sup>1</sup> Chama-se modelo de acolhimento pela equipe, o ato de a pessoa ao chegar na UBS ser encaminhada à triagem e pré-consulta e logo após para a consulta propriamente dita.

forma de atendimento trouxe benefícios para os usuários que não precisam vir de madrugada para pegar fichas, aumentando o vínculo com os profissionais da equipe, garantindo o acesso de qualidade e diminuindo o número de usuários que procuram a unidade para serem atendidos nos serviços do Hospital e UPA, que agora podem ser atendidos na unidade como a porta de entrada da atenção básica que garante um maior acesso ao Sistema de Saúde.

De acordo com o Caderno de Ações Programáticas, segundo a população da área de abrangência da UBS, a equipe tem uma estimativa de 48 crianças menores de um ano. De acordo com nossos registros temos 43 crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS. Destas temos 40 (93%) com consulta em dia de acordo com protocolo do Ministério de Saúde e com teste do pezinho até 7 dias. Estamos com 42(97,6%) crianças com primeira consulta nos primeiros 7 dias de nascido, 43(100%) fizeram a triagem auditiva. 43(100%) crianças tinham monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta. Temos 41(95,3%) com vacinas em dia. Temos 43(100%) mães das crianças acompanhadas na UBS receberam orientações de prevenção de acidentes e o oferecimento do aleitamento materno exclusivo e receberam avaliação de saúde bucal, não sendo da mesma forma o comportamento dos indicadores de qualidade neste programa, especificamente o indicador relacionado com as ações de promoção de saúde bucal que deve começar a partir dos oito meses onde temos uma cobertura muito baixa já que só temos 5 crianças que representam 12% do total que são atendidas na unidade que tem avaliação bucal com a dentista, dificuldade apresentada já que só temos na unidade atendimento odontológico em um turno de atendimento que também precisa ser agendado, podendo muitas vezes demorar o atendimento ou as mães esquecendo de trazerem seus filhos. Em nossa unidade a atenção direta desta ação programática é desenvolvida pelo pediatra além de algumas ações que são feitas pela enfermeira, no entanto ainda faltando articulação entre os demais membros da equipe para conseguir uma atenção integral nas crianças.

No caso de atendimento às crianças na consulta de puericultura são realizadas pelo pediatra três vezes na semana no turno da manhã, com prévio agendamento e é guiado pelo protocolo da secretaria municipal. Temos um registro específico de controle destas crianças além da frequência das consultas. São realizadas ações de atenção à saúde das crianças como imunizações, prevenção da

anemia, promoção de aleitamento materno, orientações para hábitos alimentares saudáveis, teste de pezinho, diagnóstico e tratamento de doenças. As informações de cada consulta e atendimento são registradas na caderneta de vacinação e no prontuário de cada criança.

A maior dificuldade acontece nas crianças no grupo etário de 12 a 72 meses, pois muitas das mães não comparecem às consultas de puericultura com as mesmas frequências dos menores de 1 ano de idade, pois em muitas ocasiões as mães só procuram a unidade para atendimento de problemas de saúde agudos ou para realização de vacinas e isto dificulta a realização de um adequado acompanhamento do comportamento nutricional, crescimento, desenvolvimento psicomotor e detecção precoce de doenças crônicas nestas crianças. Outra dificuldade que temos é o pouco acesso que temos a outras especialidades como nutricionista, psicóloga entre outras no apoio na prevenção e tratamento oportuno de alterações nutricionais que podem levar a doenças crônicas e distúrbios psicológicos frequentes nesta idade. Neste caso quando são diagnosticadas crianças com estas doenças são encaminhadas e temos demora no atendimento neste sentido. Com a implantação de Equipe de Saúde da Família como nova estratégia, as consultas de Puericultura serão desenvolvidas pelo Profissional da equipe além do Pediatra, Enfermagem e Clínico Geral em todos os turnos de atendimentos, prévio agendamento e com prioridade das crianças com faixa etária de menor de um ano até 24 meses de idade. Os agentes comunitários terão uma participação ativa na busca dos faltosos a consultas em cada micro área.

Continuaremos com a implantação do SISVAN Criança, além de completar o cadastramento do total de crianças de 0 a 72 meses da área de abrangência da equipe bem como fazer um arquivo específico para facilitar o monitoramento e avaliação da frequência das consultas deste público na UBS. Este programa para um melhor planejamento e monitoramento das ações será avaliado a cada dois meses na reunião de equipe com todos os profissionais e buscaremos também nesta atividade contar com a participação do pediatra e odontóloga para uma melhor articulação de todos os profissionais neste programa.

O programa de atenção ao Pré-natal e puerpério em nossa unidade é realizado pelo ginecologista uma vez por semana, e pelo clínico geral e enfermeira em todos os turnos de atendimento. A primeira consulta de captação é realizada pela enfermeira que faz o atendimento de acordo com as exigências do Protocolo de

Atenção Pré-natal do Ministério do ano 2013. Uma vez feita esta consulta ela faz uma avaliação da classificação do risco e aquelas que são de baixo risco ficam agendadas para continuidade do atendimento com clínico geral até as 27 semanas da gravidez enquanto não tiver alguma situação que possa indicar risco. As classificadas de alto risco são agendadas diretamente com ginecologista da mesma maneira que as gestantes com 28 semanas ou mais. No caso das puerperais são atendidas todas diretamente com o ginecologista.

Na unidade temos um registro específico para o controle das grávidas de seu acompanhamento e monitoramento das faltosas a consultadas além de seu prontuário e carteirinhas de gestante que têm preenchidas todas as informações de seu atendimento. Na atenção integral a grávidas e puérperas temos dificuldades com a incorporação da nutricionista e psicóloga já que não temos Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) já que as recomendações de hábitos alimentares saudáveis, atividade física, saúde mental, aleitamento materno, planejamento familiar entre outras são realizadas pelo ginecologista e clínico geral. No caso que precisem encaminhamento são encaminhadas a um atendimento muito demorado o que gera às vezes que ficam toda a gravidez com o risco e em outros casos com doenças que são atendidas só pelo ginecologista e clínico geral. Da mesma maneira acontece com a atenção em saúde bucal, mas em muitos casos as gestantes não vão à consulta com o odontólogo por preconceitos ou tabus por acharem que durante a gestação não podem ser submetidas a procedimentos odontológicos. Também temos junto à equipe de odontologia uma agenda para atendimento às gestantes. Existe uma lista de espera demorada.

Durante a primeira consulta falamos sobre a importância do acompanhamento do esposo na atenção pré-natal e no puerpério e também sobre a incorporação deles nas consultas da puericultura após o nascimento da criança.

Acreditamos que apesar das dificuldades neste programa a qualidade da atenção é muito boa e poderia ser melhor após fazermos uma melhor reorganização e estratégia quanto ao atendimento odontológico com incorporação deste programa com atendimento prioritário e incorporação a nossa unidade de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

De acordo com as informações preenchidas no Caderno de Ações Programáticas disponibilizado pela UFPEL, foram coletados todos os dados referentes ao indicador de cobertura e qualidade. Eram estimadas 60 gestantes

residentes na área de abrangência da UBS, identificando no cadastro 15 gestantes (28%) considerando que a cobertura é muito baixa já que as características de nossa área é de um nível econômico médio-alto, em que muitas pessoas tem planos de saúde particulares procurando outros atendimentos fora do SUS além de que estas consultas só eram realizadas pelo ginecologista uma vez pela semana. Agora temos as consultas de pré-natal realizadas pelo médico clínico geral e enfermeiro todos os dias da semana e conseguimos melhorar o indicador de qualidade referente a captação precoce da grávida com um total de 4 (73%).

Temos como estratégia, os ACS nas visitas realizadas nas micro-áreas fazendo uma busca de gestantes para aumentar o número de cadastradas e seu atendimento na unidade. Além disso, criaremos o grupo de grávidas e puérperas para realizar atividades de promoção à saúde. Continuaremos em cada reunião de equipe fazendo avaliação integral e monitoramento deste programa de acordo com as orientações que estabelece a Rede Cegonha.

O câncer do colo de útero é o segundo mais incidente na população feminina brasileira. As taxas de incidência estimada de mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países de desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturado. (INCA, 2009) Da mesma maneira acontece com o câncer de mama onde se estima que cerca de 25% a 30% das mortes por esta doença, que acontecem na população entre 50 e 69 anos, podem ser evitadas. (INCA, 2009) O Ministério de Saúde no Brasil tem implementado na atenção básica o programa de rastreamento para a detecção de câncer precoce tanto no colo de útero como na mama, mas infelizmente quase a metade dos diagnósticos destas doenças acontecem em estágios avançados.

Em nossa unidade nestes dois programas não temos grandes dificuldades em quanto à sua implementação de acordo com o protocolo de rastreamento ainda poderia ser mais organizado e intencionado. Realizamos o rastreamento contínuo e organizado pelos profissionais da equipe (ginecologista, clínico geral e enfermeiro), além de indicar as mamografias de acordo com grupo de risco e faixa etária indicada.

Na unidade temos um controle das mulheres que buscam espontaneamente a realização dos exames preventivos e a busca dos resultados, porém não é da

mesma maneira para as ações de prevenção de câncer de mama (mamografia e a realização de auto-exame de mama).

Conforme consta no Caderno de Ações Programáticas disponibilizado pela UFPEL, eram estimada 1101 mulheres entre 25 e 64 anos e 413 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área, mas a falta de dados organizados na UBS em relação ao programa de câncer de mama impossibilitou realizar uma supervisão e controle das informações de saúde.

Na unidade temos uma cobertura de 726 mulheres desta idade (25-64 anos) que fazem preventivo para prevenção do câncer do colo de útero que representa 73%, no caso do câncer da mama temos uma cobertura de 210, mulheres desta idade (50-69) que representa 56%. Em ambos os casos temos uma cobertura muito baixa o que constitui um dos principais desafios destes programas e como estratégia decidimos fazer em conjunto com agentes comunitários um levantamento das mulheres nesta faixa etária para conhecer aquelas que fazem preventivo em outro plano de saúde ou têm outra causa para não fazer este exame. Desta forma temos um controle das mulheres faltosas mediante a criação de um fichero rotatório que permite o monitoramento do mesmo, acontece da mesma forma com aquelas mulheres que tem o exame preventivo alterado que são 17 nos últimos 3 anos representando 2.47 % do total de 686 de coletas delas 8 com resultado indeterminado, 4 com NICI, 2 com NICII, 2 com HPV e 1 com carcinoma epidermoide. Não temos arquivo específico para o prontuário delas. Decidimos fazer um arquivo específico destas mulheres e de igual forma fazer revisão de forma periódica e planificação de consultas agendadas com o ginecologista, para dar seguimento adequado de acordo com o protocolo e acompanhamento de sua doença.

No município temos implementado os convênios com o Hospital e/ou Unimed para realização das mamografias as quais são agendadas na unidade básica e as mulheres já saem da UBS com a mamografia agendada, porém temos como problema que nem todas comparecem para a realização da mamografia na data e horário em que foram agendadas e isto conseqüentemente gera um grande número de mulheres que deixam de fazer a mamografia com a periodicidade estabelecida.

Mais importante do que a cura e tratamento é a prevenção com os grupos de risco<sup>2</sup>, na área de abrangência da UBS, no qual são realizados grupos de orientação, mas com pouca participação da população que ainda não ficam conscientes da importância de fazer este estudo para obter um diagnóstico precoce e um tratamento oportuno. Como estratégia na equipe se decidiu a implantação do monitoramento e supervisão destes programas e sua avaliação na reunião de equipe.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são as doenças crônicas não transmissíveis que mais demandam atendimentos no trabalho diário na unidade básica de saúde. Isto incentiva à equipe de saúde da família para fazer um trabalho voltado para a prevenção destas doenças com atenção voltada aos grupos de riscos, pessoas mais vulneráveis e evitar aparição destas doenças e/ou suas complicações.

O número de usuários hipertensos e diabéticos estimados pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) não está adequado à nossa realidade, pois para uma população de 4.000 pessoas estima-se que tenhamos em nossa população 894 hipertensos e 255 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, contudo, a partir dos registros da Unidade identificamos um total de 528 (59) hipertensos e 84(33%) de diabéticos. A diferença dos dados não está relacionada à inexistência de usuários, mas sim, a falta de busca ativa para cadastrar esses usuários pela não existência na unidade de um trabalho direcionado especificamente para este programa em função de melhorar a qualidade de vida destes usuários.

Pela não existência de um controle adequado deste programa e a pouca informação que tem nos prontuários clínicos destes usuários não foi possível preencher as informações referidas aos indicadores de qualidade.

Outra dificuldade relacionada à atenção destes usuários é a não avaliação integral por parte de outros profissionais da equipe como nutricionista, psicólogo, odontólogo entre outros que podem apoiar nas mudanças no modo de vida destes usuários e atuar sobre os principais fatores de riscos.

---

<sup>2</sup> Os chamados grupos de risco são aquelas mulheres com a faixa etária estabelecida, que devem realizar periodicamente o exame preventivo e a mamografia. Também consideram-se grupos de risco aquelas cujos antecedentes familiares revelam a incidência destas doenças na sua linhagem familiar.

A atenção aos hipertensos e diabéticos em nossa unidade é feita todos os dias na semana e em todos os turnos de atendimento pela demanda espontânea. Não temos consultas agendadas. Uma situação muito especial e diferente em cada um dos bairros, os moradores do bairro glória são os que mais procuram a unidade e tem um vínculo maior, enquanto os do bairro Jardim América só procuram quando precisam “troca de receita” já que muitos referem atendimento em outras unidades pelo plano de saúde particular.

Ainda temos dificuldade para a criação do grupo específico destas doenças já que muitos deles quando se faz o convite falam que tem muito trabalho ou qualquer outra justificativa para não participar e isto dificulta fazer ações mais direcionadas a mudanças dos estilos de vida como controle do peso corporal. Estimulamos a prática de atividade física, realizamos palestras sobre prevenção das complicações destas doenças, orientação de hábitos alimentares saudáveis, entre outras.

Na UBS para os cuidados destas doenças utilizamos o material de estudo de 2013 emitido pelo Ministério de Saúde (Caderno de Atenção Básica sobre o cuidado a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus). Não existe profissional responsável especificamente para o planejamento, coordenação e controle desta ação programática, mas ainda assim a equipe se envolve em tudo, com o objetivo de resolver os problemas e dar solução a todas as atividades tentando sempre melhorar a qualidade de atenção dos usuários.

O envelhecimento, antes considerado como um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que no Brasil se estima que existam atualmente, cerca de 17.6 milhões de idosos. (Brasil,2013).

O maior desafio na atenção básica no atendimento a pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das limitações que acontece nessa idade como consequências da diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos eles possam redescobrir possibilidade de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.

A atenção a este grupo em nosso município é prioridade da secretaria do município e em resposta ao estatuto do idoso estabelece como estratégias que as consultas para as pessoas maiores de 60 anos sejam agendadas sem que estas fiquem aguardando nas filas de espera dos atendimentos. Ofertamos atendimento



todos os dias nos dois turnos de trabalho, sendo que as visitas domiciliares são priorizadas, e participam deste atendimento todos os membros da equipe.

Nossa unidade presta assistência médica dentro da comunidade a uma casa de asilo de idosos que tem neste momento um total de 8 pessoas idosas as quais recebem atendimento médico uma vez no mês, com atendimento prioritário e dando solução a todas as problemáticas que ali se apresentam.

Uma das problemáticas que temos é que na comunidade não temos grupo específicos dos idosos. Eles ficam juntos com outro grupo da comunidade e fazem ações de promoção e prevenção de saúde, como é feita na casa do idoso, além disso fazemos ações como consultas, nas palestras, na sala de espera e nas atividades com grupo de caminhadas, independentemente de que as ações são feitas pelos membros da equipe precisamos em nossa unidade o apoio de nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, educadores físicos e, assistência social para as mudanças que acontecem nesta etapa da vida.

Para conseguirmos uma atenção integral aos idosos outro dos desafios que temos neste grupo prioritário é atenção à saúde bucal, pois muitos idosos precisam de avaliação bucal e muitos casos de uso de próteses dentárias, porém não temos na unidade um programa priorizado neste sentido só recebem orientações da saúde bucal na maior parte pelo demais membros da equipe.

Neste grupo prioritário e de muita importância o conhecimento da situação de saúde, por enquanto na grande maioria deles não tem a caderneta de saúde da pessoa idosa que é um instrumento que permite preencher informações importantes e a identificação de sinais de risco dos idosos. Uma das propostas seria solicitar a secretaria do município a possibilidade de fazer entrega a todos os idosos desta caderneta.

Como anteriormente nossa unidade não funcionava como ESF não temos um levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar, acreditamos que uma das estratégias que podemos fazer é um registro especificando por cada micro-área sobre os idosos que precisam cuidado domiciliar com um planejamento destes cuidados.

Outra das dificuldades é que não se faz avaliação multidimensional rápida dos usuários idosos para melhorar a qualidade de vida nesta idade o mesmo acontece com o indicador de avaliação de fragilização na velhice. Uma vez feita esta avaliação precisaria ter especialista para as diferentes áreas avaliadas que

precisaram atendimento como: Oftalmologista, Otorrinolaringologista, Urologista entre outros.

Não existe profissional destinado ao planejamento, coordenação e controle desta ação programática.

Conforme consta no Caderno de Ações Programáticas, disponibilizado pela UFPEL, foi estimada 546 idosos com 60 anos ou mais residentes na área, contudo, a partir dos registros da Unidade identificamos um total de 360 (66%), mas a falta de dados organizados na UBS impossibilita realizar uma supervisão e controle das informações de saúde. Foram possível preencher as informações dos indicadores de qualidade mediante os prontuários dos usuários e alguns registros na unidade, já foram descrito anteriormente o comportamento dos diferentes indicadores.

Ainda com todas as dificuldades a equipe tenta fazer o melhor pela saúde dos idosos e para melhorar os indicadores de saúde deste grupo populacional

A atenção à saúde bucal constitui uma das prioridades da atenção básica para dar uma atenção integral de toda a população, mesmo assim com as realizações de ações de promoção e prevenção, partindo da reorganização no processo do trabalho neste programa. A unidade não apresenta capacidade instalada para ações coletivas em saúde bucal, como estratégia as poucas ações que são feitas são realizadas nas escolas, na comunidade, palestras em salas de esperas sobre prevenção das doenças bucais mais frequentes.

A saúde bucal em nossa unidade não se acopla como estratégia da saúde da família pelo pouco tempo do trabalho na unidade, e por excesso de demanda dos usuários, só se dedica fundamentalmente a ações assistenciais.

A atenção à saúde bucal na UBS ocorre por agendamento com 5 turnos (5 tardes) por agendamento e também em emergências. Atualmente estamos incorporando algumas ações com grupos priorizados como gestantes, crianças e idosos.

Em relação ao Caderno de Ações Programáticas não foi possível preencher todos os dados sobre consultas programáticas e ações coletivas devido à inexistência destas ações na unidade e a forma do registro é o SIA/SUS mediante a ficha de atendimento ambulatorial. Só tivemos o dado referente à média de procedimentos clínico mensais no ano que é de 80.2% procedimentos para 0.26 %, encontrando-se abaixo das exigências pelo Ministério de saúde.

Acreditamos que o principal problema em nossa unidade é que ainda não temos a integração da saúde bucal na estratégia de saúde da família e que isto se pode alcançar mediante o aumento do número de profissionais, possibilitando o “re-mapeamento” e a restrição do número de habitantes por profissional, aumento da carga horária de atendimento na unidade de 20 horas para 40 horas semanais e ampliação da infraestrutura e das ferramentas de trabalho, possibilitando o planejamento de ações coletivas e consultas programáticas e ampliando, com isso, as práticas preventivas de acordo com as diretrizes preconizadas pelo Ministério de Saúde.

Depois de fazer uma avaliação do análise situacional em minha unidade acreditamos que os principais desafios que temos que trabalhar são os seguintes:

- Concluir o cadastramento de 100% da população da área de abrangência.
- Implantação da puericultura para as crianças de 12-72 meses.
- Aumentar a cobertura de atenção odontológica as crianças de 0 a 72 meses e as gestantes.
- Incrementar a cobertura de atenção a gestantes na unidade.
- Diminuir o número de captações tardias mediante ações intencionadas com todos os membros da equipe.
- Incluir a figura do pai nesse processo do pré-natal, puerpério e planejamento familiar.
- Programar a participação do NASF em as diferentes ações dos grupos prioritários.
- Fazer o fichero rotatório para melhorar o processo do trabalho e monitoramento dos indicadores da qualidade nos programas câncer do colo e mama.
- Incrementar a cobertura de Hipertensos e Diabéticos na unidade.
- Fazer os registros específicos para os diferentes programas para um melhor controle e monitoramento.

- Programar avaliação multidimensional rápida do usuários idosos para melhorar a qualidade de vida nesta idade.
- Criar junto com equipe da unidade os grupos de Hipertensão e Diabetes para fazer ações mais intencionadas com apoio multiprofissional.
- Articular a todos os profissionais em uma participação ativa nos diferentes programas na unidade.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Em relação à análise situacional de nossa unidade que foi feita na semana de ambientação acreditamos que foi muito superficial, mas agora com a utilização dos diferentes questionários que abarcaram todos os elementos das diferentes temáticas e apoiando-nos na discussão de cada temática com todos os membros da equipe, mesmo assim com as diferentes estratégias propostas objetivamos fazer uma avaliação mais profunda da realidade de nossa unidade, estamos em condições de melhorar o trabalho na unidade, com uma participação ativa da comunidade e dos membros da equipe e garantir que a atenção básica seja a porta da entrada do sistema de saúde, onde todos os profissionais atuem na busca de soluções dos problemas da comunidade e incrementando as ações de promoção e prevenção de saúde.

Ao final da construção deste relatório conseguimos ver quais as ações que necessitamos melhorar, principalmente, nos indicadores de saúde. Esta mudança de olhar sobre o processo de trabalho está relacionada ao conhecimento adquirido sobre os princípios e diretrizes dos SUS e os protocolos do MS, o que permitirá uma melhor atenção e orientação aos usuários, bem como uma qualificação do trabalho na atenção básica do município.

No entanto nota-se um grande progresso no que diz respeito ao modo de atendimento, porém ainda temos um longo avanço a fazer, sobretudo referente aos dados estatísticos e o trabalho com os indicadores de saúde, que nós da UBS/ESF Jardim América acreditamos que com a união da equipe de profissionais, com objetivos em comum, conseguiremos oferecer uma melhor qualidade de

atendimento aos usuários que são sempre nossa razão do cumprimento do dever,  
enquanto profissionais da atenção em saúde da família.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS e DM são doenças crônicas com tendência a um nível crescente no Brasil e no mundo. Representam um dos maiores problemas em saúde pública no mundo, gerando elevado custo médico-social, principalmente por sua participação em complicações como na doença cerebrovascular, responsável de 40% das mortes, na doença arterial coronária (DAC) nos 25% dos casos, na retinopatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e na insuficiência renal crônica (IRC) e juntas representam 50% dos casos. (BRASIL,2013). São as maiores causas de atendimento médico diário nas unidades básicas de saúde e responsável de um número elevado de usuários que sofrem sequelas e/ou complicações, pelo que foi decidido como foco para a realização de um projeto de intervenção na unidade com objetivo de ofertar uma ação programática com foco na atenção qualificada aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na atenção primária à saúde é fundamental para melhorar a qualidade da vida das pessoas que tem estas doenças.

Como foi expresso anteriormente a UBS onde trabalho anteriormente a minha chegada funcionava com UBS Tradicional, com um clínico geral que trabalhava 20 horas semanais e não possuía ACS, o que impossibilitava ter um controle adequado de usuários com HAS e DM ou ações diretamente voltadas com os grupos de riscos destas doenças. Logo após passou a ser uma ESF, com uma equipe voltada a atenção básica da família, composta por um clínico geral, um pediatra, um ginecologista, uma nutricionista, uma psicóloga, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, seis ACS, uma auxiliar de serviços gerais e uma auxiliar administrativa. A Equipe atende a população de toda área adstrita, um total estimado de 4000

peessoas. Em nossa comunidade, encontramos uma população em sua maioria de classe média-alta, que não tem muito tempo para práticas de exercícios físicos ou para alimentação adequada, muitas vezes pelo ritmo acelerado de suas vidas, voltados principalmente para o trabalho. Também agrava-se a situação, quando considera-se que muitas vezes os usuários não tem um hábito saudável de alimentação o que agrava o risco de surgimento dessas doenças, e o agravamento naqueles que estão nesta condição.

De acordo com a estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) durante a análise situacional, existem 894 hipertensos e 255 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área. No momento não existe um registro adequado do controle de usuários com estas doenças, e só por dados de prontuários não atualizados temos um total 528 hipertensos identificados (59%) e 84 de diabéticos (33%) que procuravam a unidade para troca de receita com estes diagnósticos e muitos deles não pertenciam a nossa unidade, não tem registrado no prontuário uma avaliação dos indicadores de qualidade (como hábitos alimentares, realização de exercícios físicos, higiene e saúde bucal) ou em relação à realização de exames complementares periódicos em dia e realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico.

O projeto de intervenção terá muita importância na Unidade de saúde porque estes usuários constituem a maior parte dos atendimentos. Mediante a realização deste estudo de intervenção pretendemos melhorar a qualidade da atenção dos usuários com estas doenças mediante uma atenção mais integral, aumentar o vínculo dos usuários que tem estas doenças com equipe da unidade, de igual forma os usuários aumentaram o nível de conhecimentos de sua doença, mesmo assim em evitar os fatores de risco e as complicações mediante as mudanças em seu estilo da vida. Desejamos atingir a meta de cobertura de 50% para usuários com HAS e de 60% para os usuários com DM, visando garantir o maior atendimento a este grupo populacional e melhorar os indicadores de qualidade dos usuários com estas doenças. Desde já a equipe está fazendo diferentes estratégias em relação a reorganizar o processo do trabalho, reorganizar a agenda que permita garantir as agendas dos atendimentos para os usuários com estas doenças sem afetar o desenvolvimento de outros programas na unidade, visitas domiciliares a usuários com estas doenças, criação do grupo de Hipertensão e Diabetes na unidade com

planejamento de ações de promoção, prevenção de saúde, orientação nutricional, apoio psicológico e importância do uso de medicamentos de forma racional.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Jardim América, Vacaria/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.



**Objetivo 3:** Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

**Meta 3.1:** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.5:** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6:** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.7:** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8:** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido na Unidade de Saúde da Família (USF) Jardim América, no Município Vacaria/RS. O público alvo desta intervenção serão os adultos maiores de 20 anos de idade portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1** Cadastrar 50 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 60 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### **Eixo de monitoramento e avaliação.**

##### **Ação:**

- Monitorar o número de hipertensos e/ou Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Detalhamento:** Para realizar esta ação, vou monitorar nas reuniões de equipe, que são feitas semanalmente em conjunto com os agentes comunitários, a forma dos cadastramentos e de igual formas as dificuldades para suas soluções.

**Eixo Organização e Gestão do serviço.****Ações:**

- Garantir o registro que tem todas as informações necessárias para os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, acolhimento acorde a cobertura de atendimento, material para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde

**Detalhamento:** Para dar saída à esta ação a enfermagem solicitara a centro medica os materiais e instrumentos adequados e suficientes pra a fazer na unidade a toma da pressão arterial e teste de glicose a toda a população maior dos 20 anos que procure atendimento com fatores do risco para ter algumas destas doenças, da mesma maneira se reorganizara a agenda com uma programação de três atendimentos de hipertensos e um diabético por cada turno de atendimento.

**Eixo Engajamento Público.****Ações:**

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, importância de medir a pressão arterial a partir dos 20 anos, pelo menos, anualmente, orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg, orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Realizarem-se roda da conversa com a comunidade, conselho local de saúde e toda equipe da unidade para informar a existência do programa, de igual jeito as ações que serão feitas na unidade e na comunidade para o rastreamento da Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial e seus principais fatores do risco.

**Eixo Qualificação da pratica clínica.****Ações**

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos e toda equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Para dar saída à esta ação se realizara uma capacitação a todos os agentes comunitários para adequado cadastramento de Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência, e a toda equipe sobre a metodologia adequada para toma da pressão arterial e realização de Hemoglicoteste.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Metas:**

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**2. 1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**2. 2** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Ação:**

Melhorar a qualidade de atenção a Hipertensos e Diabéticos.

**Eixo de monitoramento e avaliação.**

**Ação:**

Monitorar a realização de exame clínico, laboratoriais com a periodicidade recomendada acorde com o protocolo para atendimento a Hipertensos e diabéticos da mesma forma o acesso aos medicamentos da farmácia Popular /Hiperdia e necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** Para fazer esta ação o clínico geral em conjunto com enfermagem vai monitorar as fichas espelhos e os prontuários de

acompanhamentos dos usuários com Hipertensão e /ou Diabetes que tiveram atendimento na unidade.

### **Eixo Organização e gestão do serviço.**

#### **Ação:**

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos, estabelecer periodicidade para atualização, com a versão atualizada na unidade, definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com doenças de hipertensão e diabetes, garantir solicitação, agilidade e sistema de alertas de exames complementares definidos no protocolo, fazer controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos, assim como organizar ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** Para dar saída à esta ação o clínico geral capacitara a toda equipe em relação a solicitação de exames ,necessidade de atendimento odontológico ,sistema de alertas de exames complementares com prioridade de atendimento aqueles com resultado as alterados ,de igual jeito demandar ao gestor para garantir a quantidade de exames complementares que serão utilizados durante a intervenção ,as técnicas de enfermagem confeccionaram um registro de necessidade de medicamentos para hipertensos e diabéticos e semanalmente avaliaram a cobertura de medicamentos e o estoque na farmácia na unidade que dê a cobertura aos usuários cadastrados com estas doenças.

### **Eixo Engajamento Público.**

#### **Ações:**

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, necessidade e periodicidade de realização de exames complementares, direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso e importância de realizar avaliação da saúde bucal.

**Detalhamento:** Para dar saída à esta ação se orientara durante o atendimento individual, rodas de conversas com o grupo de hipertensão e diabetes, nas salas de espera que serão feitas na unidade quando os usuários aguardem por atendimento médico e na comunidade sobre a necessidade de fazer os exames complementares, o direito a acesso a medicamentos da Farmácia e possíveis alternativas para obter este acesso de igual forma sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

### **Eixo Qualificação da prática clínica.**

#### **Ações:**

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e /ou diabéticos.

**Detalhamento:** Para facilitar esta ação se realizará a capacitação de todos os membros da equipe sobre protocolo atualizado de Hipertensão e Diabetes sobre como fazer exame clínico, solicitação de exames complementares, orientarem os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Objetivo 3** Melhorar a adesão de Hipertensos e /ou Diabéticos ao programa.

**Meta 3.1** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Ação:** Melhorar a adesão de Hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

### **Eixo monitoramento e avaliação.**

#### **Ações:**

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

**Detalhamento:** Para avaliar esta ação mensalmente se revisara a filha espelho e o registro controle dos usuários com estas doenças e se realizara um relatório do comportamento dos faltosos e avaliaram-se na reunião da equipe.

### **Eixo organização e gestão do serviço.**

#### **Ações:**

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, reorganizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** Nesta ação após de fazer avaliação mensal do registro do comportamento dos usuários sejam entregados a cada agente comunitário os usuários faltosos por cada micro área, se realizaram planejamentos de visitas domiciliares por aparte de clinico geral e enfermagem aqueles que têm algum impedimento para receber atendimento na unidade, se realizará o planejamento do retorno e se registrara na filha espelho e prontuário acorde a protocolo em dependência da avaliação do risco cardiovascular.

### **Eixo Engajamento Público.**

#### **Ações:**

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvirem a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes. (Se houver número excessivo de faltoso), esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** Para executar esta ação se orientara no atendimento individual, nas rodas de conversa com o grupo de hipertensão e diabetes e com a comunidade, salas de espera que sejam feitas com aqueles usuários que aguardam atendimento médico no dia sobre a importância de assistir as consultas e sua periodicidade.

### **Eixo Qualificação da pratica clínica.**

#### **Ações:**

Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** Para dar saída à esta ação serão feitas uma capacitação aos agentes comunitários sobre o cadastramento e orientação dos usuários com hipertensão e diabetes sobre as consultas e sua periodicidade.

**Objetivo 4** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Ação:** Melhorar o registro das informações.

**Eixo Monitoramento e avaliação.**

**Ações:**

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e /ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Diariamente:** Diariamente se realizara o controle por parte do clinico geral e enfermagem da fichas espelho e prontuário do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos que tiveram atendimentos médicos neste dia.

**Eixo Organização e gestão do serviço.**

**Ações:**

Manter as informações do SIAB atualizadas, implantar a ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, definir responsável pelo monitoramento dos registros, organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento:** Em esta ação será confeccionada diariamente durante o atendimento médico a ficha espelho do acompanhamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, a enfermagem será a responsável de manter atualizadas as informações do SIAB e preencher a planilha coleta de dados que serão utilizadas



durante o projeto, da mesma maneira o clínico geral será responsável do registro de informações que viabilize as situações de alertas durante o atendimento médico dos usuários com Hipertensão e/ou diabetes.

### **Eixo Engajamento público.**

#### **Ações:**

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:** Serão orientados em todos os espaços sejam no atendimento médico individual, salas de espera, rodas das conversas com o grupo de hipertensão e diabetes e toda a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

### **Eixo Qualificação da prática clínica.**

#### **Ações:**

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético e o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** Realizar-se-á uma capacitação a toda equipe no preenchimento de todos os registros necessários e adequados dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Objetivo 5** Mapear Hipertensos e/ou Diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Ação:** Mapear hipertensos e Diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

### **Eixo monitoramento e avaliação.**

#### **Ações:**

- Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** Para avaliar esta ação o clínico geral cada quatro meses realizaram um relatório do comportamento da avaliação do risco cardiovascular aos usuários que tiveram atendimentos neste período e será exposto na reunião da equipe na última semana do mês.

### **Eixo Organização e gestão do serviço.**

#### **Ações:**

- Priorizar e organizar a agenda para o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

**Detalhamento:** Para dar saída à esta ação serão planejados na agendas dos atendimentos por todos os turnos para aqueles usuários como Hipertensão e Diabetes classificados como alto risco de doenças cardiovascular em dependência da frequência do acompanhamento acorde a protocolo.

### **Eixo Engajamento Público.**

#### **Ações:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância, acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:** Para desenvolver esta ação se orientara no atendimento individual, nas rodas de conversa com o grupo de hipertensão e diabetes e com a comunidade, salas de espera que sejam feitas com aqueles usuários que aguardem atendimento médico no dia sobre o à importância, acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Eixo Qualificação da prática clínica.****Ações:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** Para dar saída a esta ação o clínico geral capacitara a toda equipe em relação à metodologia para estratificação de risco o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Objetivo 6** Promover a saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 6. 1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6. 2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6. 3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6. 4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6. 5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6. 7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6. 8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Ação:** Promover a saúde de Hipertensos e Diabéticos.

### **Eixo monitoramento e avaliação.**

#### **Ação:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** Para monitorar esta ação o clínico geral e enfermagem semanalmente discutiram com toda equipe as ações de promoção propostas no programa para toda a comunidade da mesma maneira se avaliaram as dificuldades e as possíveis soluções.

### **Eixo Organização e gestão do serviço.**

#### **Ação:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável pratica de atividade física, tempo médio de consultas para orientações em nível individual, demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade de igual jeito a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”.

**Detalhamento:** Para dar saída à esta ação se criara na comunidade o grupo de hipertensão e diabetes, se realizaram rodas de conversas em parceria com nutricionista sobre alimentação saudável, educador físico sobre importância da pratica de exercícios físicos e psicologista sobre os riscos do tabagismo com o grupo de hipertensão e diabetes, por enquanto serão solicitados a gestor municipal os medicamentos para os usuários que tem estas doenças e pertencem ao grupo, serão feitas caminhadas três vezes por semana com o grupo para promover a pratica regular de atividade física.

### **Eixo Engajamento público.**

#### **Ações:**

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, pratica de exercícios físicos, higiene bucal e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:** Se planificarem rodas das conversas mensal com o grupo de

Hipertensão e diabetes ao igual que durante os atendimentos e salas de espera, atendimento individual e para informar sobre a importância da alimentação saudável prática de atividade física regular, existência para abandonar o tabagismo e importância da higiene bucal que deve ter os usuários com destas doenças.

### **Eixo Qualificação da prática clínica.**

#### **Ação:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre importância de alimentação saudável, práticas de atividade física regular, tratamento de usuários tabagistas, higiene bucal e metodologias em educação em saúde.

**Detalhamento:** Em esta ação serão convidadas parcerias com Educador físico para a capacitação de toda equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular e metodologia para Educação em saúde, serão realizadas por parte de enfermagem uma roda de conversa com toda equipe sobre as principais ações da promoção e tratamento para abandonar o tabagismo da mesma maneira a Odontologista da equipe realizara uma capacitação equipe para oferecer orientações de Higiene bucal.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de

Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 2** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 2** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 4** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.3** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de hipertensos com exame complementar em dia

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.4** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

**Numerador:** Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Denominador:** Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

**Numerador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Denominador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.7** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 3** Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

**Meta 3.1** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Meta 3.2** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Objetivo 4** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.



**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.3** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.4** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.5** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.5** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.6** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.6** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.7** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.7** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.8** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.8** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa da Hipertensão e Diabetes vamos adotar o caderno de atenção básica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2013). Utilizaremos a ficha-espelho fornecida pelo curso durante o atendimento médico individual diário, onde se preencheram os dados pessoais, mesmo assim todas as informações relacionadas como exames complementares, classificação do risco cardiovascular, programação de consultas entre outras informações de importância para a intervenção, precisar-se-ão de um total de 120 fichas-espelho semanais que serão impressas na unidade, pois dispusemos de um total de 200 folhas de ofício semanais e uma impressora com computador disponível na unidade.

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha de coleta de dados com todas as informações fornecidas na ficha espelho que temos disponível impressa na unidade, uma vez por mês e disponível no computador. A análise situacional e a definição de um foco para intervenção já foram discutido com

a equipe da UBS, assim, começaremos a intervenção com a capacitação na primeira reunião de equipe de todos os membros da equipe sobre o Protocolo do Manejo da Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus na atenção básica do Ministério de Saúde (2013). Para isso precisamos de protocolos que estão disponíveis na unidade sobre o manejo dessas doenças, além de 15 cadeiras para todos os membros da equipe e alguns membros da comunidade do conselho local, precisamos de um cartaz onde se explicara detalhadamente e de melhor compreensão, além de canetas e cadernos para cada um dos membros da equipe para fazer as anotações referentes ao que foi explicado.

Para que toda equipe utilize esta referência na atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, de igual forma será feita a capacitação com os ACS e toda a equipe. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservados 2 horas da reunião da equipe. O clínico geral exporá o conteúdo aos outros membros da equipe na primeira hora e na segunda será exposto por enfermagem da unidade sobre o manual do cadastro dos usuários com estas doenças.

Na segunda semana se exporá a temática sobre Orientação nutricional em usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Esta capacitação ocorrera na própria UBS, a nutricionista em parceria com clínico geral exporá o conteúdo aos membros da equipe.

Na terceira semana se exporá a temática sobre Pratica regular de exercícios físicos em usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Esta capacitação ocorrera na própria UBS, o clínica geral em parceria com o Educador Físico exporá o conteúdo aos membros da equipe.

### **Educação em saúde.**

Na segunda semana com o início das visitas domiciliares pelos agentes comunitários cada agente comunitário deve incorporar ao grupo de hipertensos e diabéticos um total de dois hipertensos e um diabético por cada micro área, para isso deve preencher em uma planilha o consentimento informado dos usuários com estas doenças de participar nas ações do grupo. Para isso precisamos de 120 planilhas que serão impressas na unidade.

Na primeira semana a enfermeira planificará as temáticas destas doenças (Hipertensão e Diabetes) que sejam expostas na sala de espera, ficará a

programação no cartão da recepção (neste caso sejam feitos em duplas) às 8:00 horas da manhã na segunda e quarta feira com todos os usuários que estejam aguardando para atendimento médico, ao terminar a palestra se entregaram uma folha onde será assinada a participação dos usuários.

Na quarta semana de cada mês na quinta feira 13h00min da tarde serão feitas na sala da Igreja do bairro Glória e no CTG do Bairro Jardim América as rodas de conversa com a participação dos membros do grupo criado da hipertensão e diabetes com as diferentes temáticas:

- Primeira semana se exporá a temática sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Principais Fatores de risco e sua prevenção de igual forma a importância de fazer tratamento e assistir as consultas planejadas, principais sintomas e suas complicações, efeitos do tabagismo em usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Estas temáticas serão feitas por o Clínico Geral e enfermeiro, na sala do CTG do Bairro Jardim América com participação de todos da equipe, grupo de hipertensos e Diabéticos e todos os usuários da comunidade através do convite do conselho local de saúde e agentes comunitários.

No segundo e quarto mês na segunda semana se exporá a temática sobre Importância da alimentação saudável que devem ter os usuários com estas doenças. Esta temática será feita por nutricionista na sala de espera da Igreja do Bairro Altos da Gloria com participação de toda a equipe, grupo de hipertensos e Diabéticos e todos os usuários da comunidade através do convite do conselho local de saúde e agentes comunitários.

No segundo e quarto mês na primeira semana, se exporá à temática: Aspectos psicológicos da Hipertensão Arterial e Diabetes, principais terapias de apoio. Estas temáticas serão feitas pela Psicóloga do CAPS na sala do CTG da comunidade do Jardim América com participação de toda equipe, grupo de Hipertensos e Diabéticos e todos os usuários da comunidade através do convite do conselho local de saúde e agentes comunitários.

No terceiro mês, na terceira semana se exporá à temática: Hipertensão Arterial e Diabetes Direitos dos usuários em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário, importância da prática regular de exercícios físicos e Higiene bucal. Estas temáticas serão feitas pela Enfermeira e pelo clínico geral na sala do CTG do bairro Jardim América com participação de toda

equipe, grupo de hipertensos e Diabéticos e todos os usuários da comunidade através do convite do conselho local de saúde e agentes comunitários.

No terceiro mês, na segunda semana se exporá à temática: Hipertensão Arterial e Diabetes Direitos e prática de atividade física regular. Estas temáticas serão feitas pelo professor da Educação física da escola do Jardim América na Academia do Bairro Jardim América com participação de todos os membros da equipe, grupo de hipertensos e Diabéticos e todos os usuários da comunidade através do convite do conselho local de saúde e agentes comunitários.

Para garantir essa sala de espera, se necessita 20 cadeiras, 1 TV, 1 DVD, folders, cartazes, canetões que se encontram disponíveis em quantidades suficientes na unidade.

Durante as palestras serão oferecidos lanches que são levados em participação com a comunidade.

### **Sobre organização do serviço.**

Começaremos a fazer a pesquisa ativa a partir do acolhimento que será feito por todos os membros da equipe em todos os turnos de atendimento precisando que aqueles usuários que procuram a unidade, quando se tem fatores do risco associados destas doenças, uma vez que são acolhidos sejam feitos a aferição da pressão arterial e Hemoglicoteste pela equipe de enfermagem e técnicas de enfermagem na sala de procedimentos com as técnicas de aferição da pressão arterial adequada mesmo assim com os critérios que deve cumprir o usuário, se os resultados sejam positivos de diagnóstico tendo em conta os critérios exposto pelo Ministério de Saúde destas doenças, se procederá ao atendimento com clínico geral para avaliação. Para a cobertura se precisa: 4 esfigmomanômetro com estetoscópio (4), 1 glicôsimetro, fitas métricas, 2 balanças com medidor de altura acoplado, algodão e álcool para desinfecção, agulhas, fornecidos pela assistência farmacêutica municipal. Também se utilizarão 2 macas disponíveis na unidade, uma na consulta do clínico geral e outra na sala de triagem, além de sabonete e papel para que o clínico e enfermagem possam fazer a desinfecção durante o processo.

Os usuários uma vez cadastrados e são indicados os exames complementares serão encaminhados para os laboratórios com convênio com o SUS, já que são disponibilizadas de acordo com a

Para realização das Visitas domiciliares e na busca ativa dos faltosos pelos membros da equipe temos disponível um carro da secretária que fica livre as quinta-feira de cada semana, sendo realizadas por todos os membros da equipe.

Para dar cobertura a este programa, a recepcionista vai a garantir o agendamento de seis atendimentos de Hipertensos e dois Diabéticos por cada turno de atendimento, com prioridade para os usuários classificados com risco cardiovascular e os faltosos mediante uma agenda que ficará na recepção e serão registrados os usuários no dia e turno que corresponda.

Semanalmente a técnica de enfermagem que fica na Farmácia realizando a entrega de medicamentos realizará o relatório da cobertura dos Medicamentos para o tratamento destas doenças (Hipertensão e Diabetes Mellitus) de igual forma os medicamentos alternativos fito-terapêuticos, os mesmos serão avaliados por clínico geral e pela enfermeira para a solicitação de assistência farmacêutica aos medicamentos que estiveram em baixa cobertura ou em falta para garantir a prescrição de medicamentos destes usuários. A quantidade de medicamentos serão ofertados de acordo com a demanda dos usuários semanalmente e fornecidos também pela assistência farmacêutica.

### **Monitoramento das ações.**

Todas as quarta feiras na reunião de equipe cada agente comunitário exporá a situação de sua micro área em relação com o comportamento do cadastramento dos usuários que tem estas doenças e serão incorporados estes usuários ao registro específico de controle destas doenças. Da mesma forma será agendado e cada agente comunitário informará a cada usuário quando deve vir à consulta conforme o agendamento.

Mensalmente na última reunião da equipe do mês o clínico geral realizará o relatório do comportamento das principais ações do projeto, comportamento da cobertura, número de faltosos, número de hipertensos e diabéticos que não tem exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, quantidade de hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular e as estratégias de acompanhamento em cada uma das situações.

### **Sobre reorganização do registro específico.**

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro do registro identificando todos os usuários com Hipertensão e Diabetes que vieram ao serviço para atendimento médico nos últimos quatro meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis nos prontuários para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames complementares em dia de acordo com o protocolo, classificação do risco cardiovascular, prescrição de medicamentos disponíveis na farmácia, orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos, risco do tabagismo e higiene bucal.

A partir do primeiro dia da implementação do projeto da intervenção o clínico geral terá na consulta o registro controle dos usuários que chegam a receber atendimento médico por estas doenças (Hipertensão e Diabetes) durante este primeiro atendimento se realizará o exame clínico geral, classificação do risco cardiovascular, indicação de exames complementários de acordo com o protocolo, prescrição dos medicamentos, orientações sobre alimentação saudável, prática regular de exercícios, importância da higiene bucal, importância do cuidado de sua saúde e assistir as consultas planejadas de controle, entre outros. Estas informações sejam preenchidas no prontuário e na ficha espelho do usuário, uma vez que termine o atendimento serão agendados para avaliação de resultado dos exames.

Diariamente a enfermeira vai preencher no SIAB o sistema de informações relacionado com o número de atendimento dos usuários com Hipertensão e Diabetes em nossa unidade da mesma maneira serão preenchidas as informações na planilha de coleta de dados que foi fornecida pelo curso.





### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Neste período da intervenção primeiramente concebido para 16 semanas e logo de um reajuste para 12 semanas, todas as ações previstas foram desenvolvidas de acordo com o Cronograma.

Durante a intervenção realizada em equipe foram cadastrados 335 usuários, deles 329 hipertensos e 97 diabéticos. Para alcançar essa cobertura fizemos diferentes estratégias como reorganização da agenda dos atendimentos clínicos dando prioridade em dependência das demandas aos usuários de alto risco no primeiro momento, para 3 atendimento para Hipertensos e 1 Diabéticos por cada turno de atendimento, durante o desenvolvimento do programa foi insuficiente a quantidade de turnos porque tivemos um aumento da quantidade de pessoas que procuraram a unidade e para não afetar outros serviços, a equipe decidiu abrir a demanda espontânea para que todos os que procuraram incorporar ao programa não tivessem dificuldade. O retorno dos usuários foi agendado de acordo com o risco.

A nova reorganização de acompanhamentos foi realizada com facilidade, já que tínhamos toda a organização do serviço para esse cuidado, uma vez que reorganizamos a agenda para casos priorizando os de maior risco e a demanda espontânea para os demais usuários, em duas ocasiões tivemos que fazer atividades em horários extras com grande apoio dos membros do conselho de saúde na comunidade, aferição da pressão arterial e prova de Hemoglicoteste a todos os usuários com fatores do risco dessas doenças que procurarem atendimento na unidade.

Foi garantido todo o material para o desenvolvimento do projeto, a ficha espelho e planilha de coleta de dados para o preenchimento das informações fornecidas pelos usuários cadastrados do mesmo jeito a logística relacionada

com o material adequado para a tomada da pressão arterial (Esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica.)



**Figura 1** -Fotografia de aferição de pressão arterial no exame clínico ao usuário hipertenso por membros da equipe.

Em relação a vincular a comunidade com o projeto foi realizado uma roda de conversa na unidade a equipe em conjunto com conselho local de saúde com membros da comunidade para informar o início do programa, as principais ações que serão desenvolvidas, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 20 anos pelo menos anualmente e fazer teste de glicose a todos os que têm fatores do risco associados, foram utilizados além de isso as salas de esperas na unidade, as divulgações através da página da web do bairro e durante as visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários em cada uma das residências dos moradores do Bairro.

Foram realizadas capacitações na unidade básica de saúde com uma duração de 1 hora por cada temática, com todos os membros da equipe sobre como fazer o cadastramento dos usuários com Hipertensão e Diabetes da mesma maneira com os agentes comunitários para o adequado cadastramento de Hipertensos e Diabéticos e a metodologia adequada para aferição da pressão arterial e realização de Hemoglicoteste.

A equipe durante todo o projeto fez o monitoramento semanal nas reuniões de equipe do comportamento, do cadastramento dos usuários

cadastrados, e os benefícios e dificuldades do desenvolvimento do projeto e as possíveis estratégias para solucioná-las.

Com o objetivo de melhorar a qualidade de atenção básica aos usuários com Hipertensão e Diabetes foram realizadas capacitações com todos os membros da equipe sobre o protocolo de HAS e DM, além de definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico, agilidade e sistema de alertas de exames complementares definidos no protocolo com prioridade aqueles com resultados alterados, foram reorganizados e a agenda para atendimento odontológico, priorizando a todos aqueles usuários classificados como alto risco.

Durante todo o desenvolvimento do projeto não foi possível o atendimento odontológico aos usuários agendados no programa classificados como alto risco por dificuldades no funcionamento do equipamento odontológico logo por isso que foram reagendados novamente.



**Figura 2** - Fotografia de Cadastramento a Usuária Hipertensa e Diabética.

Em relação ao comportamento dos medicamentos semanalmente foram realizadas avaliação do comportamento de abastecimento e em algumas ocasiões tivemos dificuldades que foram alertadas aos gestores municipais e tomadas as providências oportunas para o abastecimento adequado conforme a necessidade dos usuários cadastrados, do mesmo jeito foram reavaliados alguns usuários que usavam uma quantidade de medicamentos que não estava de acordo com protocolo de tratamento, em alguns dos casos foi

baixada a doses e em outros casos foi retirado o medicamento, estes usuários tiveram um controle contínuo e com o apoio de toda equipe e Assistência Farmacêutica.

No atendimento individual, nas salas de esperas que foram realizadas por os membros da equipe foram orientados aos usuários cadastrados a necessidade de fazer os exames complementares, muitos deles tinham os exames em dia de acordo com o protocolo outros foram indicados e reagendados para a consulta de avaliação desses exames, além do direito a acesso a medicamentos da Farmácia e possíveis alternativas de igual forma sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ao início da Intervenção a equipe foi avaliando as dificuldades que tinham os usuários cadastrados sobre o conhecimento dos medicamentos de sua doenças e muitos deles além de dizer que continuamente tomavam os medicamentos chegaram com níveis alto de pressão arterial e glicose por isso decidimos solicitar apoio da Assistência Farmacêutica com ações planejadas para estes usuários, realizamos a roda de conversa em conjunto onde foram orientados sobre o uso racional dos medicamentos anti-hipertensivos hipoglicemiantes – seguimento do horário prescrito, doses, reações adversas, riscos complicações da automedicação além de ser entrevistados alguns usuários que gostaram da atividade e de continuar o acompanhamento deste jeito.

Durante todo o desenvolvimento do projeto foram realizadas a busca ativa de faltosos por todos os membros da equipe. Mensalmente realiza-se um relatório do comportamento dos faltosos com o apoio dos dados que tínhamos na ficha espelho, os nomes foram entregues aos agentes comunitários por cada micro-área, os que faziam as visitas domiciliares e em muitos casos foram agendados, e outros por dificuldades ou algum impedimento, o clínico geral e as técnicas de enfermagem faziam a visita nas residências para o cadastramento. Em cada atendimento individual, ou nas rodas de conversa se orientavam aos cadastrados a importância de assistir as consultas e sua periodicidade.

Para melhorar o registro das informações a equipe foi capacitada os membros da equipe aprenderam sobre o preenchimento das informações de

todos os registros utilizados no projeto. Utiliza-se semanalmente a planilha de coleta de dados com todas as informações fornecidas na ficha espelho para que mensalmente os indicadores da intervenção pudessem ser acompanhados e assim avaliar o desenvolvimento da mesma, fazendo ajustes necessários quando preciso. Todas as informações foram enviadas ao Ministério de saúde pelo sistema e-SUS.

Com o objetivo de fazer atendimento intencionado com os hipertensos e /ou diabéticos cadastrados foram capacitados os membros da equipe em relação a metodologia para estratificação de risco de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e estratégia para o controle de fatores de riscos modificáveis. Tínhamos reorganizado a agenda para aqueles classificados como alto risco de doenças cardiovasculares em dependência da frequência do acompanhamento conforme o protocolo. Os usuários foram orientados em cada atendimento de sua classificação de risco. Além do acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Para promover a saúde de Hipertensos e Diabéticos foi criado em nossa comunidade o grupo de hipertensos e diabéticos onde foram realizadas ações de promoção de saúde em conjunto com a comunidade na sala de espera com temáticas sobre estas doenças. Todos os membros da equipe participaram dessa atividade. Foram realizadas rodas da conversa por parte do clínico geral sobre hipertensão e diabetes, sintomas, fatores do risco, principais complicações e importância do tratamento dietético e medicamentoso. Foi realizado pela nutricionista do NASF orientações sobre alimentação saudável. A farmacêutica orientou sobre o uso racional dos medicamentos anti-hipertensivos hipoglicemiantes – seguimento do horário prescrito, doses, reações adversas, riscos complicações da automedicação. Tivemos uma alta demanda de usuários com doenças mental associadas foram realizadas atividades com o grupo por parte da Psicologia com ações de terapia de relaxação.

A Dentista em conjunto com a auxiliar de saúde bucal falaram sobre os cuidados da saúde bucal e as medidas higiênicas para evitar as doenças bucais, sinais de alarme do câncer bucal já que na maioria dos casos são

idosos, idade que é muito frequente o uso de próteses dentárias um dos fatores do risco, com a participação ativa dos membros da equipe e conselho local de saúde e gestores municipal no planejamento destas atividades, as mesmas foram feitas em alguns casos na unidade e em outros na sala da Igreja de nossa comunidade.

Ao final das atividades educativas entregamos impressos com orientações para uma maior compreensão dos temas abordados.

Pela importância que tem as ações de promoção e prevenção de saúde em usuários com estas doenças e as dificuldades que tivemos ao fazer a parcerias que em muitas ocasiões durante o projeto tivemos que mudar as ações planejadas de uma semana para outra foi solicitado ao gestor e coordenação de atenção básica a necessidade que tínhamos de ter de forma permanente o apoio do NASF em nossa comunidade, hoje já temos na unidade um NASF que continuará de forma rotineira as ações de promoção com a comunidade.

Durante todo o desenvolvimento do projeto em cada uma das ações foram tomadas fotos e entrevistas com os usuários sobre o projeto e as sugestões para melhorar atenção nos usuários com doenças de Hipertensão e Diabetes.

Mensalmente na última semana de cada mês na reunião de equipe se realizava um relatório do comportamento das principais ações do projeto, a cobertura, número de faltosos, número de hipertensos e o/u diabéticos que não tinham exames complementares em dia acordo com o protocolo, quantidade de hipertensos e/ou diabéticos com risco cardiovasculares e as estratégias de acompanhamento em cada uma das situações, os membros da equipe deixamos como acordo temática fixa em nossa reunião de equipe para avaliação na última semana do mês com uma frequência cada dois meses.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

As ações de promoção e prevenção de saúde planejada com o professor de Educação Física para o trabalho com o grupo não foram possíveis já que foi solicitado em muitas ocasiões ao Gestor municipal e como não temos na secretaria de saúde foi chamado à secretaria de Educação e a resposta foi que já tinham planejadas outras atividades para este período.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Durante o desenvolvimento da intervenção não tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados, tivemos que diariamente trabalhar neste sentido já que muitos dos usuários tiveram que voltar com resultados de exames e em muitos casos mudava a classificação de risco e por enquanto o período de acompanhamento de sua doença e atualização de dos dados na filha espelho.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

A intervenção será incorporada a rotina do serviço, por tanto, ampliaremos o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Continuaremos com as ações planejadas com agora com o apoio direto do NASF na unidade.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Na ESF Jardim América foi realizado um projeto de intervenção direcionado aos usuários com hipertensão e diabetes, com a finalidade de melhorar sua qualidade de vida, mediante um conjunto de ações de promoção e prevenção de saúde planejadas com toda equipe e comunidade.

Salientamos que as atividades da Intervenção estavam programadas para serem desenvolvidas em 16 semanas, porém fora necessário reduzir o período para 12 semanas, compreendidas nos meses de Abri//2015 e Junho /2015, segundo orientações da Coordenação do Curso, a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS devido ao período de férias da especializanda no período da intervenção e da não continuidade das ações pela equipe neste período, mas isto não trouxe prejuízo para a comunidade.

No projeto de intervenção estabelecemos metas e indicadores e traçamos ações a serem desenvolvidas.

A seguir apresentamos os resultados alcançados para as metas propostas:

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

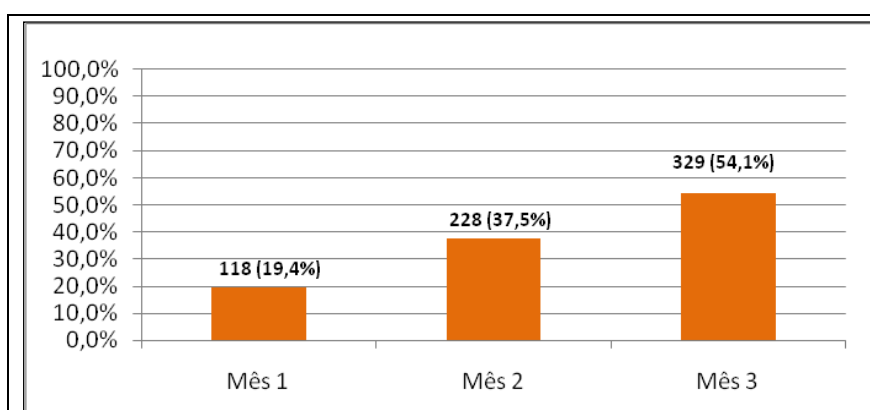
A Unidade Básica Jardim América após a mudança para Estratégia de Saúde da Família passou a atender a uma população de 4.000 pessoas que residem nos bairros Jardim América e Gloria. Anteriormente a intervenção a equipe não possuía informações em relação ao quantitativo de usuários de sua

área adstrita portadores de hipertensão e diabetes, dessa forma adotamos os valores estimados pela Planilha de Coleta de Dados disponibilizada pelo curso para definirmos qual seria a população de hipertensos e diabéticos a serem cadastrados e acompanhados.

**Meta 1.1** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

De acordo com a Figura 1, no primeiro mês de intervenção foram cadastrados um total de 118 usuários hipertensos que represento 19,4%, no segundo mês 228 (37,5%) e ao terceiro mês tivemos um total de 329 (54,1%) de usuários cadastrados.

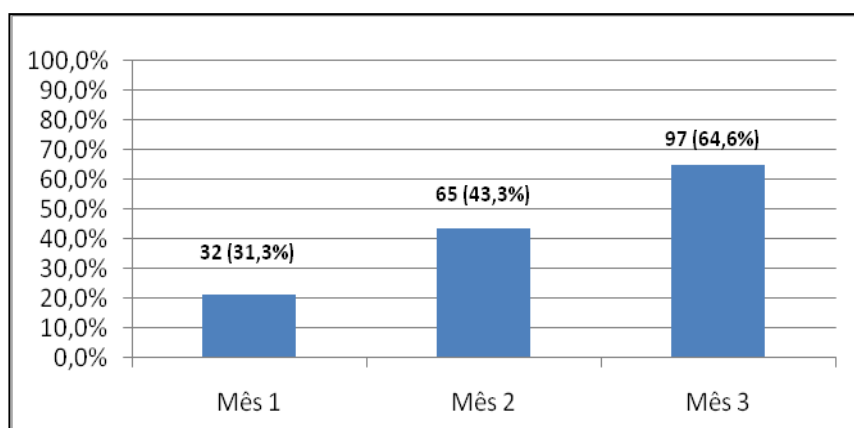
Dessa forma alcançamos a meta de cobertura esperada. Os fatores que contribuíram para o alcance da meta foram: o envolvimento da equipe na intervenção, a busca ativa dos faltosos pelos agentes comunitários de saúde, e os demais membros da equipe, o acolhimento adequado com direcionamento dos usuários para agendamento de consultas, a divulgação do projeto através da página web do bairro, a tomada da pressão arterial aos maiores de 20 anos que compareciam a unidade para buscar atendimento



**Figura 3**-Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Jardim América, Vacaria/RS.2015

**Meta 1.2** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No caso de portadores de Diabetes Mellitus, segundo a Figura 2, cadastramos 32 no início que represento 31,3%, no segundo mês 65 (43,3%) e no terceiro mês 97, o que nos levou a fechar a intervenção com uma cobertura de 64,6% e a realização de hemoglicoteste a todos os que têm fatores do risco para a Diabetes Mellitus, possibilitado pelo envolvimento de toda a equipe, com realizações de ações noturnas para facilitar o atendimento aos que trabalham durante o dia, a busca ativa pelos grupos de risco, a organização do processo de trabalho com prioridade em agendamento de consultas para usuários com estas doenças.



**Figura 4-**Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Jardim América, Vacaria/RS.2015

**Objetivo 2** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Durante o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos observamos que anteriormente ao programa estes usuários procuravam a

unidade apenas para renovação da receita de medicamento e não consideravam importante fazer um exame clínico adequado.

Ao longo da intervenção foi realizado o exame clínico em cada atendimento individual a todos os usuários cadastrados, uma vez que essa avaliação nos permitia conhecer cada usuário e oferecer uma avaliação integral para evitar e tratar oportunamente as complicações. No primeiro mês foram examinados 118 (100%), no segundo 228(100%) e ao terceiro 329 (100%) dos Hipertensos cadastrados no programa. Em relação aos diabéticos no primeiro mês 32(100%) no segundo mês 65 (100%) e ao terceiro 97(100%) dos diabéticos cadastrados.

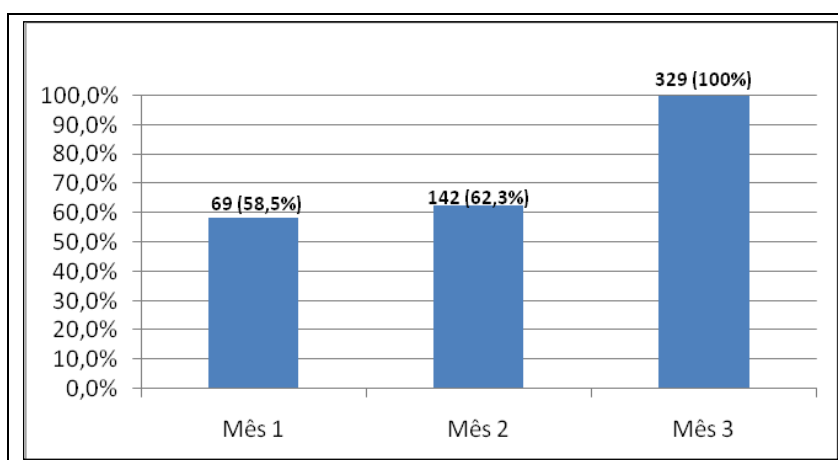
Durante todo o desenvolvimento do programa para conseguir que todos os usuários fossem cadastrados, foram realizados o exame clínico e foi muito importante a participação ativa nos membros da equipe, a enfermagem e técnica de enfermagem que participarem durante o exame clínico no acompanhamento, na aferição da pressão arterial, a realização de hemoglicoteste a todos os diabéticos que foram cadastrados durante o atendimento médico, além da reorganização da agenda com prioridade aos de alto risco e demanda espontânea com os demais usuários. Também o que permitiu a obtenção desses resultados foi o planejamento de um atendimento de 15min por usuário para realização do exame clínico que já estavam previamente agendados sem afetar o desenvolvimento dos demais programas na unidade.

**Meta 2.3** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Uns dos parâmetros fundamentais no atendimento aos usuários com doenças crônicas com hipertensão e/ou o diabetes e alcançar uma avaliação integral além do exame clínico, mediante a realização de exame complementares em dia de acordo com o protocolo, que visa fazer uma adequada avaliação do risco e/ou diagnóstico precoce das complicações e seu tratamento oportuno. Ao longo da intervenção foram avaliados durante o atendimento individual a todos os usuários cadastrados com exames

complementares em dia. No primeiro mês no caso dos hipertensos só tinham exames em dia 69(58.5%), no segundo 142 (62.3%) e ao terceiro 329 (100%).

Nos dois primeiros meses não se atingiram as metas pois os usuários que tinham essas doenças só viam até a unidade para troca de receita, não realizando seus exames complementares, e aqueles que realizavam consultas particulares, não constando no prontuário e ainda que não sabiam de sua condição, no entanto, o que possibilitou que 100% dos usuários tivessem seus exames em dia de acordo com o protocolo, foi que uma vez que o município em convênio com os laboratórios com o SUS, permitiu uma cota maior para realização de exames destes usuários, o que deu a cobertura a todos os casos, e quanto ao eletrocardiograma eram agendados na mesma consulta, no caso de estudos mais complexos se dava prioridade de acordo com o risco do usuário.



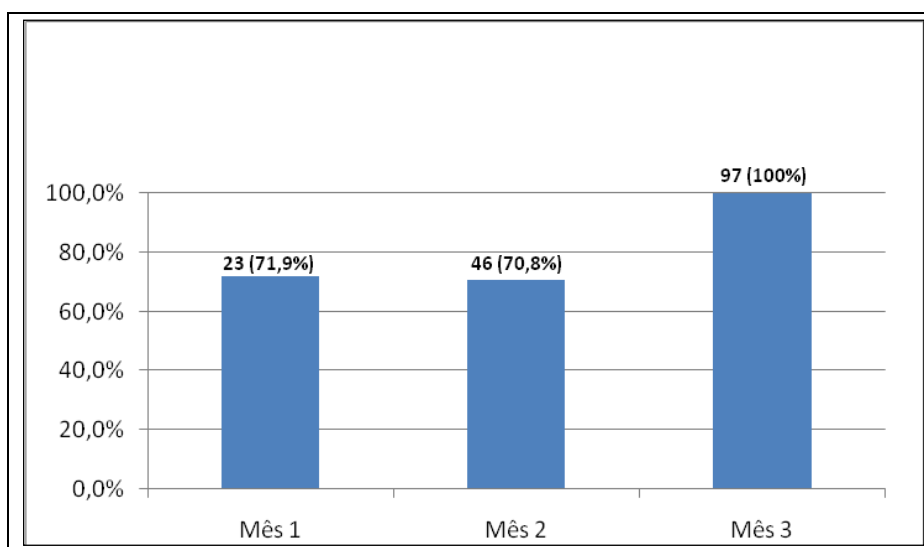
**Figura 5-**Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia na ESF Jardim América, Vacaria/RS.2015

**Meta 2.4** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação aos diabéticos foram 23(71.9%), no segundo mês 46(70.8%) e ao terceiro 97(100%). Com os diabéticos o procedimento foi o mesmo que foi

realizado com os usuários hipertensos. Uma vez que o usuário chegava na consulta foram avaliados os que tinham exame em dia e aqueles que não tinham foram realizados os pedidos com agendamento do retorno para que pudéssemos fazer novamente avaliação de acordo com os novos resultados dos exames.

Em alguns casos tivemos usuários que após os resultados dos exames mudaram sua classificação de risco, já que alguns os resultados dos exames foram alterados, em muitos casos com outras doenças associadas como Doenças Endócrino-Metabólicas, Cardiomiopatias, e outras, com necessidade de encaminhamento a atenção especializada. Durante a realização destes exames o usuário só demorava uma semana já que foi garantida para todos os usuários a logística em todos os laboratórios do SUS.



**Figura 4-**Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia na ESF Jardim América, Vacaria/RS.2015

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A prioridade no tratamento farmacológico é uns dos pilares fundamentais no acompanhamento desses usuários, ele é indicado quando ainda que o

tratamento não farmacológico esteja sendo seguido não ocorrem a redução da pressão arterial para níveis inferiores a 140/90 mmHg ou redução da glicemia de jejum para níveis inferiores a 126 mg/dl. Durante o acompanhamento dos usuários na intervenção muitos relataram que tinham indicação médica tanto para tratamento medicamentoso como de mudança no estilo da vida, apesar disso, havia alguns que deixavam de tomar os medicamentos e ou não tomavam a dosagem indicada pelo o médico.

Durante a intervenção tivemos uma quantidade de usuários que tinham indicação, além da prescrição da farmácia hiperdia outros medicamentos pelas complicações de sua doença, muitos deles no atendimento individual falaram que não tinha dificuldade para adquirir esses medicamentos em outros casos foram avaliados a possibilidade de usar os medicamentos disponíveis na farmácia popular. Ao longo da intervenção foram avaliados durante o atendimento individual a todos os usuários cadastrados com a prescrição de medicamentos da farmácia popular hiperdia priorizada. No primeiro mês foram avaliados 118 (100%), no segundo 228(100%) e ao terceiro 329 (100%) dos Hipertensos cadastrados no programa.

Em relação aos diabéticos no primeiro mês 32(100%) no segundo mês 65 (100%) e ao terceiro 97(100%) dos diabéticos cadastrados.

Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tinham garantido o tratamento medicamentoso com a prescrição da farmácia popular, em ocasiões em que havia falta de algum medicamento na farmácia os usuários eram direcionados a outra unidade ou farmácia que tinha disponível, em outros casos foi avaliada a quantidade de medicamentos e a doses. O que contribuiu para esse cuidado foi o apoio de assistência farmacêutica em garantir os medicamentos fornecidos para estes usuários considerando as consequências que tem para eles não fazer o tratamento oportuno para evitar o descontrole e as complicações.

**Meta 2.7** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

A atenção Básica de saúde como primeira porta de entrada para o atendimento ao indivíduo na comunidade e responsável por atenção integral de saúde. No caso de nosso projeto foi de muita importância durante a intervenção incluir avaliação da necessidade de atendimento odontológico para a conservação da saúde bucal mediante o diagnóstico oportuno de doenças bucais e seu tratamento para evitar complicações.

Geralmente a prevalência de Hipertensos e diabéticos aumenta no Brasil para cima de 60 anos, idade que são muito frequentes o uso de prótese dentarias e outras doenças bucais em indivíduos com estas doenças que em muitas ocasiões precisam de um tratamento cirúrgico que pode trazer complicações com o uso de anestesia. Ao longo da implantação no primeiro mês foram avaliados 118(100%), no segundo 228(100%) e ao terceiro 329(100%) hipertensos cadastrados

Em relação aos diabéticos no primeiro mês foram 32(100%), no segundo 65(100%) e ao terceiro 97(100%), que receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizado avaliação.

Este resultado foi possível pela participação de todos os membros da equipe que fizeram avaliação mediante o atendimento individual, após de receber uma capacitação da dentista e auxiliar de dentista de nossa unidade, uma vez que foi diagnosticada alguma alteração foram agendados para atendimento odontológico mediante a reorganização que foi feita nos agendamentos dos atendimentos odontológicos.

**Objetivo 3** Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

**Meta 3.1** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Melhorar a adesão dos Hipertensos e /ou Diabéticos ao programa foi uma das principais ações realizadas por a equipe mediante a busca ativa dos faltosos. Durante todo o projeto foi realizado a busca dos faltosos por todos os



membros da equipe. No primeiro mês tivemos nos casos dos hipertensos 46 (100%), 86 (100%) no segundo e 154 (100%) no terceiro.

Em relação aos diabéticos foram 8 (100%) no primeiro mês ,19 (100%)no segundo e ao terceiro 42 (100%).

Estes resultados foram obtidos pelo trabalho ativo dos membros da equipe durante as visitas domiciliares, na busca dos faltosos, mensalmente o equipe fez uma avaliação do comportamento dos usuários faltosos que foram entregados a cada agente comunitário pelo micro áreas e tivemos alguns casos que foram cadastrados em sua vivenda já que tinham alguma incapacidade para chegar a unidade a fazer o cadastramento.

Durante a realização do atendimento individual, sala de espera e rodas de conversas informava-se da frequência que precisavam avaliação destas doenças para um melhor controle, acompanhamento, tratamento oportuno e diagnóstico precoce das complicações. Os agentes comunitários receberam uma capacitação sobre a periodicidade das consultas em usuários com hipertensão/ou diabetes acorde ao protocolo do Ministério de Saúde do Brasil.

#### **Objetivo 4** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Com o objetivo de ter um monitoramento adequado, avaliação e melhor controle do acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos durante todo o projeto foi realizado a ficha espelho aos 100 % dos usuários cadastrados com as informações gerais que foram fornecidas durante o interrogatório e exame físico. Em relação aos hipertensos no primeiro mês foram 118(100%),228(100%)no segundo no terceiro 329(100%).

Em relação aos diabéticos 32(100%) no primeiro mês ,65(100%) no segundo mês e ao terceiro mês 97(100%).

Estas informações têm muita importância já que além de melhor conhecimento por parte do médico, uma vez que o usuário volte a consulta terá uma avaliação oportuna do momento que iniciara alguma complicação para

seu tratamento oportuno ou algumas mudanças que aconteceram em sua doença e serão e apoio ao equipe para o controle em dependência da classificação do risco.

Diariamente após de terminar as consultas a enfermagem em conjunto com clinico geral faziam um monitoramento das filhas espelhos e prontuário daqueles que tiveram atendimento neste dia viabilizando situações do alertas destes usuários, as informações foram atualizadas diariamente no SIAB.

Foi realizada a capacitação de toda equipe sobre o preenchimento de todos os registros necessários e adequados dos procedimentos clínicos na consulta e garantida toda a logística para o desenvolvimento do registro das informações.

**Objetivo 5** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No atendimento clinico individual do usuário Hipertenso e Diabético a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada usuário. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo. Estas informações são fornecidas por cada usuário durante anamnese e visa o cálculo do escore do Framingham.

Durante o desenvolvimento do projeto foram realizados avaliação do risco cardiovascular nos hipertensos no primeiro mês foram 118(100%),228(100%)no segundo e ao terceiro 329(100%), nos diabéticos 32(100%) no primeiro,65(100%) no segundo e ao terceiro 97(100%) dos cadastrados.

Durante o cadastramento com os dados do interrogatório, exame clinico e exames complementares a todos os usuários cadastrados foram a determinação do escore de Framingham. Muitos deles tiveram que continuar

acompanhamento com outros especialistas já que foram diagnosticados de alto risco com ações mais intencionadas e prioritárias.

Em relação aos diabéticos 32(100%) no primeiro mês ,65(100%) no segundo mês e ao terceiro mês 97(100%).

Mensalmente a equipe realizarem-se uma avaliação do comportamento dos usuários com risco cardiovascular e a situação do encaminhamento deles para o atendimento com especialista.

Todos os usuários cadastrados foram orientados no atendimento individual, sala de espera, roda de conversa sobre as principais ações para o controle de riscos modificáveis de doenças cardiovasculares.

Toda equipe foi capacitada em relação a metodologia para estratificação de risco e escore de Framingham.

**Objetivo 6** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são doença crônica que não devem ser tratadas só com tratamento medicamentos, para evitar o descontrole e as complicações que acontecem em usuários com estas doenças e importante uma alimentação adequada e equilibrada fornecendo todos os nutrientes para um bom funcionamento do organismo e com isso a redução a pressão arterial e a glicose sanguínea.

Durante o desenvolvimento da intervenção todos os hipertensos receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável no primeiro mês foram 118(100%), 228(100%) no segundo e ao terceiro 329(100%),

Em relação aos diabéticos 32(100%) no primeiro, 65(100%) no segundo e ao terceiro 97(100%).

Todos os usuários cadastrados receberam orientações em cada atendimento individual sobre orientação nutricional além das rodas de conversas feitas por a nutricionista e as diferentes temáticas expostas na sala de espera pôr os membros da equipe sobre os cuidados alimentares com estas

doenças como reduzir a quantidade de sal, ingerir frutas com menos índice glicêmico fracionar as refeições no caso do diabético, usar carboidratos integrais, não ingerir bebidas alcoólicas, incluir alimentos ricos em potássio e magnésio, fazer uso de temperos naturais, beberem muita água nunca com as refeições entre outras.

A equipe em conjunto com a nutricionista continuará de forma rotina na unidade o acompanhamento dos usuários para fazer mudanças em seu modo de vida e evitar as complicações frequentes em usuários com estas doenças.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

A Hipertensão Arterial como a Diabetes Mellitus são doenças que não tem cura, mais elas podem ser controladas além de tomar adequadamente os medicamentos, ter uma alimentação saudável sem cigarro e bebida alcoólica e muito importante a pratica de exercícios de forma regular, os exercícios físicos devem ser realizados após orientação, avaliação medica, avaliação física, e sob supervisão de um profissional capacitado, pois apesar dos inúmeros benefícios, usuários com patologias, merecem cuidados redobrados para evitar complicações em longo prazo.

Para os usuários Hipertensos e Diabéticos a realização de atividades física mal orientada pode causar a angina do peito, hipoglicemias, arritmias cardíacas ou mesmo morte súbita. Para evitar problemas é necessário se fazer uma triagem cuidadosa antes que se possa prescrever algum tipo de programa de exercícios de intensidade moderada a vigorosos. A todos os Hipertensos cadastrados no programa no primeiro mês foram 118(100%),228(100%)no segundo e ao terceiro 329(100%).

Em relação aos diabéticos 32(100%) no primeiro mês, 65(100%) no segundo e ao terceiro 97(100%) foram orientados sobre adequada pratica regular de exercícios durante o atendimento individual.

**Meta 6.5:** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100%

dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

O tabagismo ativo é a principal causa isolada de doença e morte que podem ser prevenidas no mundo. A Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Tabagismo são frequentemente encontrados (as três condições) no mesmo indivíduo. Ao longo de nosso projeto de intervenção durante o preenchimento das informações gerais uns dos hábitos mais falados pelos usuários foi o uso do tabagismo, muito deles falaram a possibilidade de ajudar para deixar este vício.

Em relação aos hipertensos no primeiro mês foram 118(100%), 228(100%) no segundo e ao terceiro 329(100%).

Em relação aos diabéticos 32(100%) no primeiro, 65(100%) no segundo e ao terceiro 97(100%). Todos os usuários cadastrados foram orientados no atendimento individual, sala de espera rodas da conversa sobre os riscos do Tabagismo e alguns que tinham vontade de deixar de fumar foram incorporados ao grupo de Tabagismo. A equipe recebeu a capacitação na abordagem do Tabagismo para uma melhor orientação aos usuários cadastrados.

**Meta 6.7** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

A Higiene Bucal tem um papel importante na prevenção e no tratamento das doenças. Os usuários com Hipertensão e Diabetes têm uma maior predisposição devido ao tratamento medicamentoso de ter efeitos colaterais no meio bucal como xerostomia, alteração no paladar e Estomatite, além de isso podem ter dificuldades durante os procedimentos odontológicos pelo que tem muita importância o conhecimento destes usuários sobre a Higiene Bucal.

Durante a intervenção além de atendimento individual a roda de conversa realizada por a Dentista e Auxiliar bucal foram orientados no primeiro mês 118(100%), 228(100%) no segundo e ao terceiro 329(100%) hipertensos.

Em relação aos diabéticos 32(100%) no primeiro,65(100%) no segundo e ao terceiro 97(100%) dos cadastrados as medidas higiênicas para o cuidado da saúde bucal. Foram realizadas orientações durante o atendimento individual, sala de espera, roda de conversas, palestra feita por a dentista da unidade. Toda equipe foi realizada capacitação sobre Higiene bucal.

#### 4.1 Discussão

A intervenção em minha USF propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação na classificação do risco de ambos grupos, além da oferta de um tratamento medicamentoso adequado e oportuno para evitar as complicações e acompanhamento continuado dessas doenças.

A intervenção exigiu que na equipe tivesse um trabalho integrado valorizando o saber multidisciplinar, promovendo a participação ativa nas ações em conjunto com a participação da médica, enfermeira, técnicas de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, ACS e recepcionista. Foi necessário que toda equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos eram concentradas no médico e enfermeiro da UBS. A intervenção reviu as atribuições de cada membro da equipe viabilizando a atenção para um maior número de usuários. Podemos dizer que cada integrante da equipe cumpriu o seu trabalho como foi pactuado na intervenção.

O envolvimento da equipe se estendeu para o atendimento odontológico, já que a agenda desse profissional foi reorganizada com prioridade aos usuários com hipertensão e/ou diabetes tendo em conta a classificação do risco. Os profissionais do NASF também contribuíram juntamente com a equipe na realização dos grupos de educação em saúde com para promoção a saúde e estímulo a modificação de estilo de vida e melhora da qualidade de vida. Tanto o agendamento em saúde bucal como os grupos de educação em saúde foram incorporado a rotina do serviço.

A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para atenção a demanda espontânea e realização do trabalho continuado e incorporado como rotina do serviço da unidade. A classificação do risco tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação pelo trabalho desenvolvido pela equipe com o atendimento personalizado e diferenciado acorde ao risco, oferecido durante todos estes meses da intervenção.

Em alguns momentos esta situação trouxe insatisfação na sala de espera entre outros membros da comunidade já que demorava um pouco mais o atendimento, geralmente para os que tinham uma classificação de alto risco.

Apesar do trabalho realizado em toda a comunidade, ainda restam usuários que não foram sensibilizados para o cadastramento e acompanhamento adequados, mas que continuaremos incentivando e motivando estes usuários para aumentarmos a cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início intervenção tivéssemos tido o apoio do NASF no planejamento das ações, além de isso a reorganização adequada da agenda para os atendimentos odontológicos priorizados aos de alto risco.

Durante o desenvolvimento do programa tivemos dificuldades com as ações planejadas com o professor de Educação Física já que a secretaria de saúde não tem usuários diretamente vinculados a esta gestão e não foi possível a coordenação a com a secretaria de Educação.

Agora no final do projeto podemos perceber que a equipe está integrada e como a intervenção já faz parte da rotina do serviço, teremos condições de superar algumas dificuldades encontradas no transcurso da intervenção. Pretendemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

A partir do próximo mês, mediante conversa com toda a equipe, pretendemos investir na educação e conscientização dos usuários que ainda não foram cadastrados no programa.

Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos programar em nossa área o programa de prevenção, controle e detecção precoce do câncer de colo de útero e mama.



## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Senhores gestores,

Durante os meses de abril/2015 até Junho/2015 com uma duração de 12 semanas foi realizada uma intervenção na UBS Jardim América, localizada em Vacaria/RS com foco na qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos da comunidade.

Pelos resultados obtidos nesse foco onde chegamos a cadastrar o total da cobertura de hipertensos e diabéticos, foram atingidas as metas e os indicadores de qualidade se mostraram em 100%, temos agora na unidade um programa bem direcionado e com continuidade na rotina da unidade com ações contínuas e planejadas, e pretendemos trabalhar na unidade outros focos de atenção como câncer de mama e do colo do útero e atenção pré-natal.

A intervenção é parte do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Federal de Pelotas voltado aos profissionais participantes do Programa Mais Médicos do Brasil.

Durante o curso cada estudante teve que escolher um área para a intervenção e melhoria da saúde da comunidade neste caso a equipe de saúde determinou fazer uma intervenção no programa de Hipertensão e Diabéticos já que na unidade não tinham um adequado seguimento e controle dos usuários com estas doenças além do registro das informações que visa a continuidade de atendimento e as informações gerais do comportamento deste programa na unidade, não tinham uma agenda programada para o atendimento clínico pelo nível de prioridade aos usuários acorde ao Protocolo do Ministério de Saúde sobre este programa.

Outras das dificuldades que tinham estes usuários e que muitos deles procuravam a unidade só para troca de receitas e em muitos casos poucas informações sobre as ações de promoção e prevenção de saúde para mudar estilos de vida e evitar complicações além da importância de um exame clínico adequado e a realização dos exames complementares em dia para determinar sua classificação de risco e tratamento oportuno de suas complicações.

A intervenção finalizou com resultados positivos visando cadastrar um total de 329 (54,1%) hipertensos e 97(64.6%) diabéticos. Dessa forma alcançamos a meta de cobertura esperada. Aos 100% dos cadastrados no programa foi realizado exame clínico, indicação de complementários acorde ao protocolo do Ministério de Saúde ,classificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia ,prescrição dos medicamentos da farmácia popular hiperdia, avaliação de necessidade de atendimento odontológico, toda a equipe participa na busca ativa dos faltosos, se realiza o registro adequado das informações mediante a ficha espelho e planilha coleta de dados ,além de receber orientações do risco do tabagismo, alimentação saudável, prática de exercícios e higiene bucal.

Estes resultados foram possíveis pelo um trabalho multifatorial em equipe com apoio de uma participação ativa dos membros da equipe, comunidade, o conselho local de saúde, Núcleo de apoio Saúde da Família (NASF) e o gestor municipal.

Durante o desenvolvimento do programa foram oferecidos as soluções para as dificuldades como materiais indispensáveis, a viabilidade nos laboratórios do SUS para a realização dos exames complementares, o transporte para fazer as visitas domiciliares para o cadastramento no programa em aqueles usuários que por alguma incapacidade não podem vir ao posto de saúde.

E muito importante continuar avaliando a situação apresentada com alguns usuários cadastrados que precisavam avaliação com outros especialistas e além de que foram solucionados alguns casos mais prioritários outros ficam aguardando sua avaliação em uma longa lista de espera se temos em conta que o diagnóstico e tratamento oportuno podem evitar complicações.

Uns do impacto mais importante com este projeto foram a disponibilidade pelo gestor municipal de um Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) que

garante de forma continua e intencionada ações de promoção e prevenção de saúde para mudar estilos de vida, além de continuar trabalhando na parceria com professor de Educação Físico de muita importância no apoio destas ações e como parte do tratamento não farmacológico.

Também além de que foram garantidos os medicamentos da farmácia popular hiperdia tivemos em algumas semanas dificuldades com o abastecimento de alguns medicamentos nos quares tivemos que fazer estratégias, acho que agora com a implementação deste projeto vamos a ter um maior controle dos medicamentos que realmente são utilizados nestes usuários e o abastecimento seja acorde a necessidade real da comunidade.

Seria de grande ajuda para a comunidade e para fazer uma atenção mais integral aos usuários com estas doenças que os gestores avaliaram a possibilidade de ter uma Dentista a tempo completo que visa ter uma reorganização adequada da agenda dos atendimentos odontológicos para dar cobertura ao atendimento de todos estes usuários como mínimo uma vez ao ano e que permita fazer mais ações intencionadas de saúde bucal para ajudar a prevenir doenças como câncer bucal e outras complicações.

Com uma maior ajuda dos gestores da saúde a equipe poderia viabilizar outra ação programática, uma nova intervenção na comunidade relativa aos principais problemas de saúde que mais adolecem em nossa área de saúde, garantindo um melhoramento na qualidade de vida da população.

A atenção Básica de Saúde como porta de entrada do sistema de saúde paralelo aos gestores tem a responsabilidade de realizar ações de promoção, prevenção, diagnóstica e tratamento oportuno que visem o controle de doenças preveníveis além de uma atenção qualificada, universal e integral com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

A ESF Jardim América que pertence ao município de Vacaria, durante um período de 12 semanas, realizou um projeto da intervenção para qualificação da atenção dos usuários Hipertensos e dos Diabéticos dos bairros Jardim América e Gloria, este projeto foi feito pela primeira vez em nossa comunidade, como resultado da mudança de unidade básica de saúde (UBS) a Equipe de saúde da família(ESF), para alcançar um maior vínculo da equipe a comunidade com uma atenção priorizada e intencionada naqueles que tem estas doenças para um melhor controle e tratamento oportuno de suas complicações.

O trabalho foi desenvolvido por toda a equipe com prévia preparação mediante um cronograma discutido e aprovado com a comunidade. Nossa equipe após se fazer uma avaliação da situação do comportamento dos usuários que tem estas doenças ao não ter um adequado controle e só eles procurarem para trocas de receitas, pretendeu ampliar a cobertura de atendimento destes usuários e realizar ações melhorar a qualidade de atenção, o registro das informações além das ações de promoção e prevenção de saúde.

Pela sua parte a comunidade ganhou um atendimento organizado para os usuários de alto risco mediante a reorganização da agenda para o atendimento clínico e a demanda espontânea para os demais usuários, aproveitando a oportunidade de ter um controle de acordo com o protocolo e classificação do risco ,além de fazer um controle com exames complementares de forma periódica e receber orientações continuamente sobre as principais

ações para mudança nos estilos da vida com uma alimentação saudável, pratica de exercícios de forma regular, ter uma higiene bucal adequada e a importância de um adequado tratamento medicamentoso.

Pelos resultados alcançados podemos dizer que tivemos a oportunidade de diagnosticar outras doenças que tinham estes usuários associadas a hipertensão e diabetes, iniciar com um tratamento oportuno, em outros casos encaminhar para diferentes especialistas, e em casos mais graves precisaram de internação hospitalar.

Foi de muita importância a participação da comunidade na criação do grupo de hipertensos e diabéticos com funcionamento na última semana do mês com ações planejadas com o grupo de apoio para estas doenças.

A equipe continuará com um trabalho multifatorial em conjunto com gestor municipal, conselho local de saúde e moradores da comunidade na busca ativa dos faltosos, o importante desenvolvimento dos agentes comunitários na comunidade ,a busca ativa em todos os usuários maiores de 20 anos que procurem a unidade mediante a toma de pressão arterial e a prova de hemoglicoteste a todos os que tem fatores do risco além de garantir a logística adequada para a realização de exames complementares e os medicamentos que precisam estes usuários para manter controle de sua doença.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço da UBS agora com um apoio direto e planejado do NASF com equipe e à comunidade para que a atenção a saúde na UBS seja cada vez melhor, por meio do conselho comunitário de saúde.

Gostaríamos de convidar os membros da comunidade à interação e participação, durante as ações na ESF. Podendo com isso colaborar de uma maneira significativa para o funcionamento da unidade, participando e dando sugestões para futuras ações na unidade.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

O curso da especialização constitui uma experiência muito importante para o desenvolvimento e reorganizações do processo do trabalho na unidade básica de Jardim América, foram atingidas minhas expectativas expostas ao início do curso referente ao projeto pedagógico do curso e a guia do especializando. Nosso projeto da Intervenção desenvolvido na comunidade teve uma duração de 3 meses onde foram trabalhados os quatros eixos: organização e gestão de serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica como explicam o material do estudo, além do objetivo geral da qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos do área de abrangência dos bairros Jardim América e Gloria.

Durante o desenvolvimento do curso foram utilizadas as ferramentas fornecidas pelo curso, os protocolos do Ministério de Saúde do 2013 em relação ao manejo dos usuários com doenças crônicas de Hipertensão e Diabetes, além de 8 horas semanais para as trocas e experiências com nossos colegas e professores, os debates através dos fórum de saúde coletiva bem como a sugestões da tutora através de DOE que foi de muito apoio para melhorar a qualidade das tarefas e de aumentar o nível de conhecimento sobre outras doenças e situações cotidianas que enfrentamos em nosso serviço mediante o estudo dos casos clínicos interativos.

Considero que foi muito importante aumentar meu nível de conhecimento na realização de programas de intervenção nos problemas de saúde da comunidade, fazer ações de promoção e prevenção de saúde mais direcionadas.

Este projeto demonstra a importância do trabalho multifatorial, já que pela gestão dos gestores municipal foram garantidos todos os documentos e outros materiais que precisamos para a realização da intervenção,

assegurando transporte para trasladar-nos aos domicílios dos usuários que precisavam da consulta clínica e, também, garantiram a realização de exames complementares importantes para avaliação dos usuários, além de que tem que continuar trabalhando em garantir as avaliações de forma mais rápida com outros especialistas naqueles usuários classificados de alto risco.

Por meio da intervenção foram possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e com o indivíduo doente e oferecer, promoção e educação em saúde, assim como conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população com relação a essas doenças, assim como modificar os estilos de vida com os fatores de riscos que podem trazer complicações destas doenças.

Acho que uns dos elementos mais importantes foram que temos agora na unidade um programa com atendimento organizado, com ampla cobertura de usuários cadastrados com doenças de Hipertensão e Diabetes, qualidade de atenção, adequado registro das informações além das ações de promoção e prevenção de saúdes planejadas.

O curso ajuda para realizar trabalho em equipe mais integrado e multifatorial com a participação ativa de todos os integrantes e o apoio do conselho local de saúde, os gestores municipais e toda a comunidade.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p



## **Apêndices**

## Apêndice A– Registros de imagens da intervenção



**Figura 7-** Fotografia da Reunião com a equipe de Saúde realizada na sala da reuniões da ESF Jardim América.



**Figura 8** - Fotografia de realização de Prova de Hemoglicoteste no exame clínico a usuário Diabético pelo membros da equipe.



**Figura 9** -Fotografia de Palestra aos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos com Psicologa



**Figura 10** - Fotografia de Palestra com usuarios Hipertensos e Diabeticos com componentes da Coordenação da Asistencia Farmaceutica municipal.

## **Anexos**



Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Precisa de cuidador? ( ) Sim ( ) Não  
 Nome do cuidador \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não  
 Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

[illegible][illegible][illegible]

Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								



**Anexo C - Documento do comitê de ética**

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr <sup>a</sup> Pro <sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	

## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, Damayanaiby Torres Negret, Médico Clínico Geral, 4300903 e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que